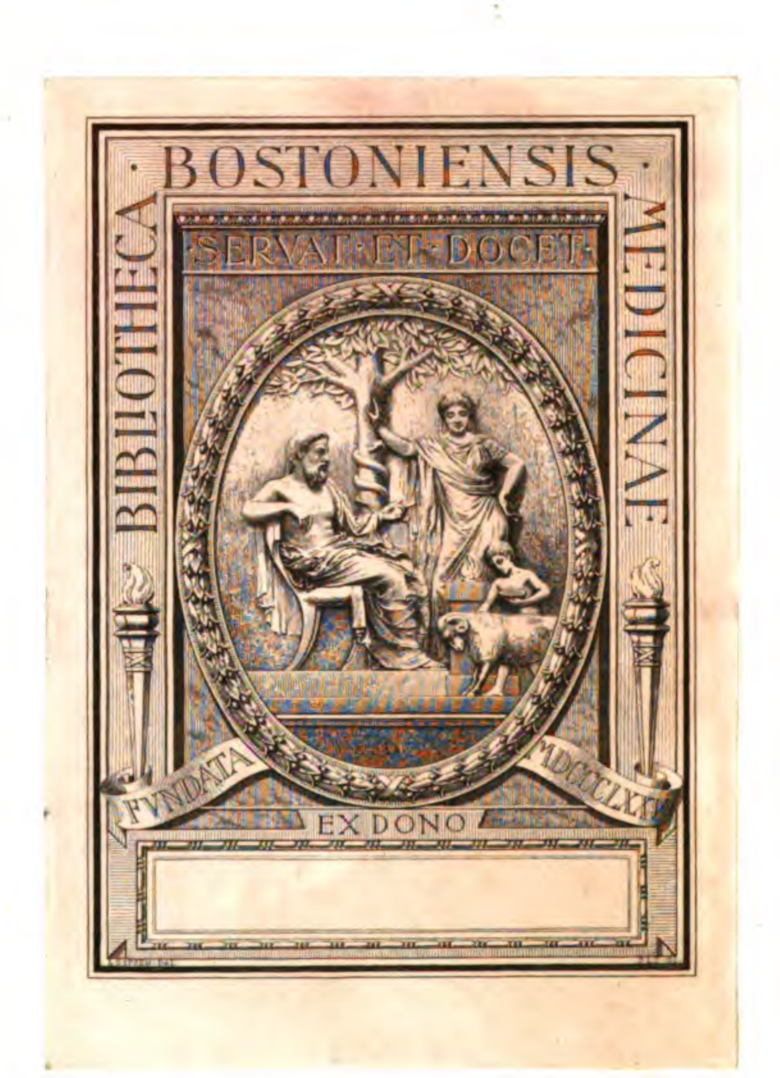

HC 4EAR +


BIBLIOTHECA
BOSTONIENSIS
MEDICINAE
SERVAT ET DOCET
FVNDATA
MDCCCLXX
EX DONO

ÉCHO MÉDICAL DU NORD

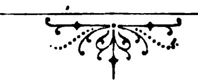
L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

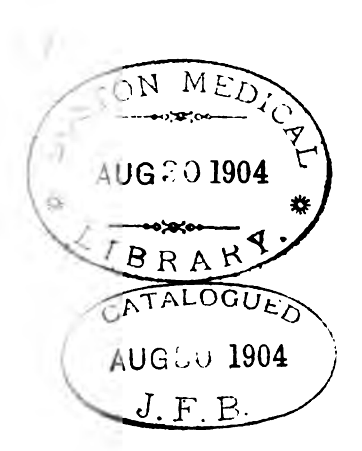
ANNÉE 1902

COLLABORATEURS DU JOURNAL PENDANT L'ANNÉE 1902 :

MM. Arthus ; Ausset ; Bertin ; Bouret ; Brassart ; Breton ; Calmette ; Carlier ; Caudron ; Caumartin ; Chabert (de) ; Charmeil ; Chevalier ; Colle ; Combemale ; Davrinche ; Dehon ; Delbecq ; Deléarde ; Douriez ; Drucbert ; Dubar ; Folet ; Gaudier ; Gellé ; Gérard (E.) ; Gérard (G.) ; Gontier de la Roche ; Guérin ; Hautefeuille ; Huriez ; Ingelrans ; Julien ; Kéraval ; Lagache ; Laguesse ; Lambret ; Laurent ; Fort (le) ; Leroy ; Letailleur ; Leuridan ; Loubry ; Marchand ; Minet ; Moty ; Obers ; Oui ; Painblan ; Patoir ; Potel ; Raviart ; Sonneville ; Surmont ; Taconnet ; Tonnel ; Trouchaud ; Wertheimer.



LILLE
IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE ET LITHOGRAPHIQUE LE BIGOT FRÈRES
Rue Nationale, 68, et rue Nicolas-Leblanc, 25.
1902



N° 260. Sixième Année. N° 1. Le Numéro : 10 centimes. 5 Janvier 1902

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

La Rédaction

DE L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

avec ses meilleurs souhaits pour l'année 1902

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les Hernies de l'appendice iléo-cæcal (1)

par **E. Bertin,** interne des Hôpitaux

Deux cas de hernie de l'appendice observés en peu de temps dans le service de M. le Professeur FOLET, à l'Hôpital Saint-Sauveur, nous ont donné l'occasion de faire sur ce sujet quelques recherches qui seront l'objet de ce travail. Nous n'aurons pas pour but de répéter point par point tous les travaux qui ont été faits sur un sujet aussi vaste. Nous nous contenterons d'en retracer rapidement l'histoire, en montrant comment, depuis les données purement anatomiques de MORGAGNI, la question s'est peu à peu transformée ; nous nous attacherons à bien montrer sous quel jour elle se présente aujourd'hui, à en faire, en un mot, une mise au point aussi précise que possible, et à tirer des conclusions aussi fermes que le permet l'état actuel de la science.

Les recherches des premiers auteurs qui signalèrent les hernies de l'appendice n'ont plus grand intérêt pour nous aujourd'hui. Ils se livrent à des considérations purement anatomiques ; ils sont à peu près muets sur le mécanisme de la hernie, et ils paraissent ignorer ou mal connaître les accidents si particuliers auxquels elle peut donner naissance. Toutes les observations en sont résumées dans le mémoire de KLEIN, paru en 1868 ; les cas publiés jusqu'alors étaient au nombre de vingt-deux.

Les observations, dès cette époque, deviennent plus nombreuses ; elles font l'objet de monographies, de thèses inaugurales, de cliniques magistrales (MERIGOT DE TREIGNY, LE DENTU, VERNEUIL, etc...). Nous insisterons tout particulièrement sur l'article de BRIEGER, publié en 1893, qui met la question au point et apporte vingt-deux nouveaux cas de hernie appendiculaire, dont cinq sont constituées par l'appendice seul, sans épiploon.

Mais la période véritablement intéressante est celle où l'on s'occupe tout spécialement des accidents occasionnés par la hernie. Avec la question de l'appendicite de la cavité abdominale naît celle de l'appendicite herniaire.

(1) Résumé d'un mémoire présenté pour le prix de l'Association des Anciens Internes et Internes des Hôpitaux de Lille. Section de Chirurgie (1901).

Les observations se font plus précises et soulèvent les plus intéressantes discussions ; nous signalerons en particulier celles de la Société de Chirurgie (1896-1897). Il serait trop long d'énumérer ici tous les travaux qui sont parus depuis quelques années sur cette question de l'appendicite herniaire. Nous nous contenterons de mentionner les travaux d'ensemble : les thèses inaugurales de Briançon, de Sauvage, d'Alti, de Rivet, de Segelimann, et surtout le travail de Jaja résumé dans la *Puglia medica* ; nous aurons d'ailleurs l'occasion d'y revenir au cours de ce travail.

Etiologie. — Les hernies de l'appendice ne sont pas aussi rares qu'on ne le croit généralement. Brieger, en 1868, en réunissait vingt-deux cas, trouvés pour la plupart dans des autopsies. Mais depuis que la question est à l'ordre du jour, les observations se sont multipliées, surtout dans le cours de ces deux dernières années (Ramu, Colle, Nové Josserand, Demoulin, etc.) Jaja a pu faire une statistique assez précise, qui nous donnera une idée générale de la fréquence de l'affection : sur 1586 hernies observées, il a trouvé vingt-sept fois l'appendice, soit environ une fois et demie sur cent.

Tous les points faibles de la paroi abdominale ont pu donner naissance à la hernie. Les cas les plus nombreux ont été observés à droite, à l'orifice inguinal ou à l'anneau crural. Mais les hernies ombilicales sont assez fréquentes, et l'on cite des observations plus rares de hernies inguinales ou crurales gauches.

L'âge a une influence incontestable. Les vieillards y sont particulièrement exposés. Nulle dans la première enfance, la fréquence augmente avec l'âge pour atteindre son maximum de 60 à 70 ans. Quant au sexe, son influence paraît nulle.

On a signalé de nombreuses causes capables d'expliquer l'apparition de la hernie : traumatismes, efforts, troubles digestifs, etc. Nous ne nous y attarderons pas, les dispositions anatomiques ayant, à notre avis, une influence prépondérante. Nous ferons cependant remarquer qu'il n'est pas rare de trouver dans les antécédents des malades des attaques d'appendicite qui pourraient peut-être trouver leur place dans les causes d'apparition de la hernie.

Mécanisme et variétés. — Le mécanisme des hernies de l'appendice est des plus variables, en raison même de l'extrême instabilité de cet organe. Cependant, il ne nous paraît pas impossible de le ramener à quelques types bien définis, et de créer ainsi une véritable classification rationnelle de ces hernies, ce qui n'a pas encore été fait jusqu'à présent.

Nous savons que le péritoine entoure complètement le cœcum dans la plupart des cas (disposition décrite par M. Tuffier), et qu'il se prolonge ensuite sous forme de ligaments (supérieur et inférieur). Il entoure complètement l'appendice, et au niveau d'un de ses bords, les deux feuillets s'adossent de façon à former un méso qui le rattache d'une part au cœcum, d'autre part au mésentère. Nous étudierons la formation des hernies quand le péritoine présente ses rapports normaux avec le cœcum et l'appendice ; nous verrons ensuite ce qui se passe dans les dispositions anormales du péritoine, et nous pourrons dès à présent créer deux grandes classes de hernies :

1° Les hernies régulières (par disposition régulière du péritoine) ;

2° Les hernies irrégulières (par disposition irrégulière du péritoine). Remarquons de suite que l'appendice étant intimement unis au cœcum, ne peut guère se déplacer sans qu'il y ait eu mouvement préalable de cet organe. Il est certainement des cas dans lesquels l'appendice, extrêmement mobile, et surtout présentant une longueur exagérée, a pu s'engager de lui-même dans un orifice naturel. Mais ce mécanisme nous paraît devoir être exceptionnel, et dans la plupart des cas, le principal facteur est le déplacement du cœcum, que nous allons étudier maintenant.

1° Hernies régulières. — A. *Hernies par glissement du cœcum.* — Supposons d'abord un allongement du ligament supérieur du cœcum. Cet organe rempli de matière, aura tendance à glisser dans la fosse iliaque et, dans ce cas, le mécanisme suivant pourra se produire.

α Entraîné par le cœcum, l'appendice rencontre un anneau naturel, l'orifice inguinal, par exemple ; il pourra s'y engager seul, la pointe en bas, ou plus souvent, s'il présente une longueur exagérée, par sa partie moyenne. Dans ce dernier cas, nous aurons dans le sac herniaire une anse d'appendice, et nous pourrons observer la variété d'étranglement rétrograde que nous expliquerons plus loin.

β Le cœcum continue à descendre ; il s'engage dans le sac avec l'appendice, et nous aurons une hernie du cœcum et de l'appendice. Comme précédemment, sac complet, hernie réductible.

γ Si le mouvement de descente continue, le cœcum entraîne à sa suite le côlon ascendant, avec son péritoine et son méso. Le méso s'insère alors en un point quelconque du collet. Il limitera, par conséquent, la réduction de la hernie, formant ainsi l'adhérence charnue naturelle de Scarpa.

δ Une grande partie du tube digestif a passé dans le sac, qui contient, outre le cœcum et l'appendice, l'intestin grêle et une partie du côlon ascendant. Ici encore, le méso formera l'adhérence charnue naturelle. Au lieu d'occuper le collet, il pourra se trouver plus ou moins loin dans le sac. Donc, hernie irréductible, sac incomplet.

b. *Hernies de descente.* — Le côlon ascendant, dépourvu de péritoine à la partie postérieure, pourra glisser en cet endroit dans la fosse iliaque et s'engager à travers le canal

inguinal, constituant ainsi une hernie du côlon, sans sac. Si le mouvement de descente continue, le cœcum sera attiré; mais au lieu de glisser, comme précédemment, il bascule, et pénètre dans la hernie par son extrémité supérieure. La hernie de l'appendice se produira ensuite et en dernier lieu, quand le cœcum tout entier aura pénétré dans le trajet. A ce moment, nous aurons un sac, très incomplet peut-être, mais qui ne saurait manquer. En effet, le cœcum, peu adhérent au péritoine dans sa partie supérieure, pourra se laisser décortiquer à ce niveau dans un mouvement de bascule. Il n'en sera plus de même à la partie inférieure, où l'adhérence est plus intime, et où nous aurons toujours une petite partie de l'intestin revêtue de sac. Ce sac se trouvera naturellement situé à la partie supérieure, en avant d'après Delhaye, en avant et en dedans, d'après Mayo.

2° Hernies irrégulières (par disposition anormale du péritoine). — a) Nous citerons d'abord une variété rattachée par beaucoup d'auteurs à la précédente. Dans certains cas tout à fait exceptionnels mais affirmés par Jaboulay qui en rapporte quatre observations, le cœcum peut sortir le premier, sans mouvement préalable du côlon ascendant. Il faut alors, d'après Jaboulay, une disposition anormale du péritoine formant un méso-cœcum : « Alors cet organe, lorsqu'il est distendu par les matières, peut, si son ligament inférieur ne le maintient pas suffisamment en place, s'énucléer de sa coque séreuse et exécuter tout seul le mouvement de bascule qu'il effectue ordinairement à la suite du côlon ascendant ». Ici encore, l'appendice se présentera à la suite du cœcum, la pointe en haut.

b). *Hernies par absence du revêtement péritonéal.* — Par suite d'un arrêt de développement, le cœcum et l'appendice n'ont pas de revêtement péritonéal. Ils pourront alors glisser librement dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, et nous aurons une hernie de l'appendice, absolument dépourvue du sac, accompagnée ou non du cœcum. Cette variété est tout à fait exceptionnelle ; sur 300 dissections, Bordeleden ne l'a rencontré qu'une seule fois.

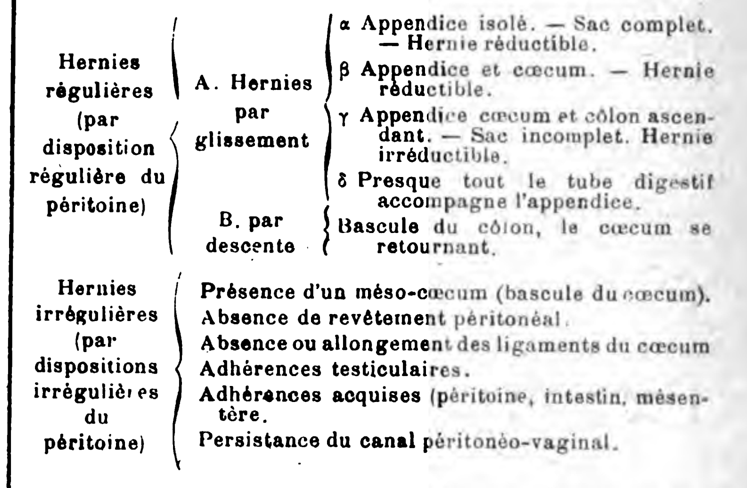
c) *Absence des ligaments, ou longueur exagérée.* — Ici encore le cœcum flottera librement dans la fosse iliaque, et le mécanisme sera le même que celui des hernies par glissement. Il y aura un sac complet, la hernie sera réductible. Remarquons que c'est probablement dans ces cas, dans lesquels le cœcum et l'appendice jouissent d'une extrême mobilité, qu'on à pu trouver la hernie à gauche.

d). *Hernies par adhérences congénitales avec le testicule.* — D'après Briançon, des adhérences ont pu se produire entre l'appendice et le testicule avant la migration de ce dernier. L'appendice serait, dans ce cas, progressivement entraîné jusque dans le scrotum par la glande génitale. Merigot de Treigny donne également cette explication dans sa thèse, et plusieurs observations en font foi.

e). *Hernies par adhérences avec les viscères abdominaux.* — L'appendice, précédemment enflammé, peut contracter des adhérences avec l'intestin grêle, le mésentère, et particulièrement le péritoine. Qu'une hernie de ces organes se produise, et l'appendice sera entraîné avec eux.

f. — La persistance du canal péritonéo-vaginale, signalée par la plupart des auteurs, n'est qu'une condition favorable à la production de la hernie de l'appendice, comme à celle de toutes les hernies. Elle n'aura qu'une influence secondaire, les causes mécaniques énumérées plus haut auront encore le principal rôle.

En résumé, nous pourrons faire des hernies de l'appendice, d'après leur mécanisme, la classification suivante :



Hernies régulières (par disposition régulière du péritoine)	A. Hernies par glissement	α Appendice isolé. — Sac complet. — Hernie réductible.
		β Appendice et cœcum. — Hernie réductible.
		γ Appendice cœcum et côlon ascendant. — Sac incomplet. Hernie irréductible.
		δ Presque tout le tube digestif accompagne l'appendice.
	B. par descente	Bascule du côlon, le cœcum se retournant.
Hernies irrégulières (par dispositions irrégulières du péritoine)	Présence d'un méso-cœcum (bascule du cœcum).	
	Absence de revêtement péritonéal.	
	Absence ou allongement des ligaments du cœcum	
	Adhérences testiculaires.	
	Adhérences acquises (péritoine, intestin, mésentère.	
	Persistance du canal péritonéo-vaginal.	

Symptomatologie. — La hernie de l'appendice peut passer absolument inaperçue et ne se révéler qu'au cours d'une kélotomie ou d'une autopsie.

Si l'appendice est seul, on peut, dans certains cas, sentir à la palpation un corps arrondi, allongé, roulant sous le doigt, mais il n'existe pas de signe pathognomonique.

A plus forte raison, si l'appendice est accompagné d'une partie du tube digestif ou d'épiploon, les symptômes seront ceux de toutes les hernies : tumeur molle, ayant apparu rapidement le plus souvent, sonore, réductible ou non, etc... Nous n'insisterons pas sur ce point qui n'aurait aucun intérêt.

Il n'en est plus de même quand l'appendice, si sensible aux infections de toute nature, vient à s'enflammer. Nous observerons alors un ensemble de symptômes auxquels on a donné le nom d'appendicite herniaire. Cette complication fut observée pour la première fois au commencement de ce siècle par Amyaud ; mais la question ne devint vraiment intéressante qu'au moment où surgirent, il y a quelques années, les discussions sur la pathogénie et la symptomatologie de l'appendicite. Les observations devinrent plus précises, et l'on chercha à appliquer à la pathogénie de l'appendicite herniaire chacune des théories énoncées.

Les théories mécaniques eurent dès le début de nombreux partisans.

Celle du vase clos, en particulier, trouvait dans les cas observés de sérieux arguments. On rencontre en effet très fréquemment, avec l'appendice gangréné, des corps étrangers obstruant complètement la lumière du canal : calculs stercoraux, noyaux de cerise, aiguilles, etc. Toutes les discussions soulevées par la théorie DIEULAFOY pourraient trouver ici leur place, et il serait trop long de les énumérer.

Pour d'autres auteurs, les modifications vasculaires capables d'entraîner l'inflammation de l'appendice iléocœcal dans la cavité abdominale (torsions, compressions, etc.,) se trouvent merveilleusement réunies quand cet organe est en ectopie. C'est ce qui expliquerait, selon eux, la fréquence de l'appendicite herniaire : point de lésions vasculaires, point d'appendicite.

Plus récemment, JAJA, dans son travail, se faisait le défenseur de la théorie infectieuse, et apportait à l'appui de son opinion de nombreuses observations de folliculites localisées à l'appendice. Nous n'avons pas à discuter ici la valeur de chacune de ces théories.

Nous ferons simplement remarquer qu'il est impossible de ne pas tenir compte de l'action mécanique, que l'on trouve signalée dans la plupart des cas. Mais cette condition n'est pas à elle seule suffisante, puisqu'il existe des observations incontestables dans lesquelles elle a manqué. Il faut encore une infection transmise à l'appendice soit par la voie intestinale, soit par la voie lymphatique, soit par la voie sanguine. Nous disons donc que l'appendice, déjà tout prêt à s'enflammer quand il occupe la grande cavité abdominale, se trouve dans des conditions plus favorables encore quand il est en ectopie. Les corps étrangers y séjournent avec la plus grande facilité, la circulation sanguine y est très souvent gênée, il est exposé aux traumatismes de toute nature. En un mot, toutes les conditions qui peuvent diminuer sa résistance ou augmenter la virulence microbienne se trouvent réunies. Que survienne alors une infection quelconque : elle se localisera sur l'appendice, qui sera devenu un « locus minoris resistantiœ ».

Voyons maintenant les symptômes que nous pourrons observer. Avec BERGER, nous distinguerons deux formes :

A. L'appendice est seul.

B. Il est accompagné d'une partie quelconque du tube digestif.

A. L'APPENDICE EST SEUL. — Ce qui caractérise cette forme, c'est l'absence de toute réaction générale et surtout péritonéale, contrastant avec l'intensité des phénomènes locaux. La hernie, jusque-là indolore, devient brusquement le siège de douleurs très vives, lancinantes, s'exagérant par la pression. Son volume augmente, la peau est rouge et tendue; la fièvre s'allume, le pouls s'accélère. Mais on n'observe jamais de réaction péritonéale ; les vomissements, quand ils existent, n'ont rien d'inquiétant, le ventre est souple, presque indolore, l'intestin reste libre.

En quelques jours, nous assistons à la formation d'un phlegmon localisé, scrotal, inguinal ou crural. L'ouverture, spontanée ou chirurgicale, donne issue à un pus d'odeur fécaloïde, parfois très abondant, et à des fragments d'appendice gangréné. Une fistule stercorale s'établit, qui tantôt devient persistante, tantôt se tarit d'elle-même. Le plus souvent la guérison survient assez rapidement.

Il n'en est pas toujours ainsi, et l'on citedes cas mortels. POLLOSSON rapporte une observation d'appendice herniaire, avec abcès crural, suivie de mort. Un taxis imprudent peut réduire dans l'abdomen un organe prêt à se gangrener, et occasionner une péritonite mortelle. Nous en trouvons en particulier un exemple dans le mémoire de BRIEGER. Cependant, nous nous hâtons d'ajouter que ces faits sont exceptionnels, et que le plus souvent cette forme d'appendicite herniaire guérit spontanément, avec ou sans persistance de fistule stercorale.

B. L'APPENDICE EST ACCOMPAGNÉ. — Comme dans la forme précédente, nous observons des symptômes locaux, les mêmes que ceux de la hernie étranglée : irréductibilité, douleur, etc. Mais la réaction péritonéale générale sera ici bien plus marquée que précédemment : le pouls est rapide, le ventre ballonné, sensible à la pression, le faciès grippé, anxieux, les vomissements continus. Mais à côté de ces signes, qui, on le voit, sont à peu près ceux de la hernie étranglée, il en est un d'une importance capitale, qui ne manque jamais et qui sera plus tard la base de notre diagnostic : la constipation, qui existe dans la plupart des cas, *ne va jamais jusqu'à l'occlusion complète* : les vomissements, persistants, n'ont jamais l'odeur fécaloïde ; le malade rend des gaz, et de temps en temps survient une débâcle intestinale.

Si la maladie est abandonnée à elle-même, l'évolution en est très variable. Ou bien, en quelques jours, il se produit comme dans la forme précédente un phlegmon localisé, suivi d'une fistule stercorale ; ou bien la péritonite généralisée survient, amenant presque fatalement la mort. Cette complication n'est malheureusement pas rare, et RIVET, sur 27 cas, l'a observée 6 fois.

ETRANGLEMENT DE L'APPENDICE HERNIÉ. — Il nous reste à étudier une variété d'accidents plus rares, l'étranglement de l'appendice hernié. Il ne s'agit pas ici, bien entendu, de l'étranglement de l'appendice et d'une anse intestinale ; la question qui se pose est celle-ci : une hernie de l'appendice isolé est-elle susceptible de s'étrangler ? La réponse n'était pas douteuse il y a quelques années, et nous trouvons dans les travaux de BRIEGER, de KLEIN et autres auteurs des observations d'étranglement de l'appendice. Cependant,

une théorie a été émise, niant la possibilité de cette variété d'étranglement ; **Michaux**, en particulier, la soutenait à la Société de Chirurgie en 1897. Le point de départ des accidents, pour certains auteurs, ne serait qu'un processus inflammatoire, une appendicite herniaire en un mot, et l'étranglement ne serait que secondaire. S'il est vrai que dans certains cas telle a été la marche de la maladie, on ne saurait mettre en doute des observations incontestables de **Jaja**, etc. **Pollosson**, en particulier, rapporte dans le *Lyon Médical* en 1893, deux observations d'étranglement appendiculaire. Dans l'une, il existait au niveau de l'anneau un rétrécissement très net, qu'il fallut débrider au bistouri de **Cooper** ; l'appendice portait au niveau de l'étranglement un sillon d'étranglement très marqué. Nous en trouvons également des cas relatés dans le mémoire de **Brieger**, dans lesquels le débridement suffit à supprimer les accidents.

Nous dirons donc que l'étranglement de l'appendice hernié existe véritablement. Quant aux symptômes, ils sont ceux de l'appendicite herniaire : irréductibilité, douleur, réaction générale et péritonéale, *sans occlusion intestinale complète*.

Dans cette variété d'accidents, nous mentionnerons encore une forme particulière, encore mal connue : l'étranglement rétrograde. L'appendice, au niveau de l'anneau inguinal par exemple, peut se présenter de telle sorte que ses deux extrémités restent dans le trajet inguinal, la partie moyenne formant une anse qui se trouve dans le scrotum.

Qu'un étranglement survienne au niveau de l'extrémité libre, et nous aurons l'étranglement rétrograde. **Zahradnicsy**, en 1898, en a signalé un cas, trouvé dans une hernie scrotale gauche, chez un enfant de deux ans. **Brieger** en rapporte une autre observation, signalée par **Jackle** en 1888. Cette variété d'étranglement, encore mal connue, nous paraît devoir être extrêmement grave par l'ouverture possible de l'appendice gangréné dans l'abdomen. Malheureusement, les observations nous manquent pour insister sur ce point et en décrire le tableau clinique.

Diagnostic. — Nous avons vu, en décrivant les symptômes, qu'il n'existe pas de signe pathognomonique de la hernie de l'appendice non enflammé. Le diagnostic est impossible si une anse intestinale accompagne l'appendice. Quand il est seul, la palpation peut faire sentir un corps rond et allongé, qu'on pourrait confondre chez la femme avec la trompe. Le diagnostic en est toujours difficile, et n'a pas pour le malade une importance capitale.

Il n'en est plus de même si la hernie est enflammée, car l'intervention sanglante, immédiate, est alors indiquée. Nous allons essayer d'en retracer les principaux points, en reprenant les divisions faites pour la description des symptômes.

A. L'appendice est seul. — Les phénomènes locaux, contrastant avec la bénignité des symptômes généraux et péritonéaux, pourront faire penser à l'épiplocèle enflammée. Cette affection donne, elle aussi, des accidents localisés au sac herniaire, accompagnés de vomissements et de constipation n'allant jamais jusqu'à l'occlusion complète. Le pincement latéral de l'intestin pourra donner exactement les mêmes symptômes, et **Thierry**, à la Société anatomique, en 1881, a fortement insisté sur la confusion possible entre les deux affections. Il faudra donc interroger minutieusement le malade, s'enquérir de l'état antérieur de la tumeur, des accidents qu'elle a pu occasionner ; la consistance toute particulière de l'épiplocèle sera un sérieux appoint au diagnostic ; la palpation pourra également faire éliminer l'hypothèse de pincement latéral de l'intestin. Malgré tout, il faut reconnaître que le diagnostic est tout particulièrement difficile, et que dans certains cas on ne peut que le soupçonner. « En présence d'une hernie inguinale ou crurale étranglée, du côté droit, si les phénomènes d'étranglement ne sont pas très accusés, il faut toujours songer, dit **Brieger**, à la possibilité d'une hernie de l'appendice. »

Si la hernie est scrotale, la douleur, le gonflement, pourront faire penser à une funiculite suraiguë, et des erreurs ont été commises. La palpation minutieuse déterminera le siège de la douleur, et surtout on trouvera de l'uréthrite et bien souvent des lésions des voies spermatiques, sans antécédents de hernie.

Briançon signale comme cause d'erreur l'orchite aiguë, si l'appendice est intimement uni au testicule, comme il arrive dans certaines hernies congénitales. La palpation ici encore, déterminera les rapports réciproques du testicule, de l'épididyme, on trouvera donc un troisième organe, siège de la douleur, et le diagnostic sera, sinon tout à fait ferme, au moins soupçonné.

Si le chirurgien est appelé après la formation d'un phlegmon, il pensera tout d'abord à une inflammation banale de la région. Mais il ne trouvera point le départ de la lymphangite, et le malade ne manquera pas de lui dire qu'il portait une hernie dans la région malade. Ici encore, le diagnostic ferme ne saurait être posé, mais on pourra tout au moins le soupçonner, par élimination, et instituer le traitement.

B. L'appendice est accompagné. — En présence des signes constatés, on pensera à un étranglement herniaire banal ; mais la persistance plus ou moins complète des selles et des gaz fera éliminer ce diagnostic. On éliminera également l'hypothèse de l'épiplocèle, qui ne s'accompagne généralement pas d'une réaction péritonéale aussi intense.

Le diagnostic de pincement latéral de l'intestin sera plus délicat et pourra même dans certains cas, rester en suspens.

Le sac ouvert, toute confusion paraît impossible, et cependant il n'en est pas toujours ainsi. Dans une observation de BEAUMETZ, on trouve, après l'ouverture du sac, « un cordon de la grosseur d'une plume d'oie, qui d'une part sort de l'anneau inguinal, et de l'autre plonge dans le scrotum... on croit être en présence, non de l'appendice, mais du canal spermatique altéré, et on le laisse dans la plaie. » Le malade meurt dans les 24 heures, et à l'autopsie on reconnaît qu'il s'agit de l'appendice iléo-cœcal. GUERSAUT fils, au cours d'une kélotomie, « trouve une languette, ou plutôt un cordon allongé, formé de tissu dur, ayant les caractères de tissu inflammatoire. L'opérateur croît reconnaître là une masse épiploïque qui a contracté des adhérences anciennes et subi des modifications inflammatoires. Le malade meurt rapidement, et à l'autopsie, on trouve que la prétendue corde épiploïque était l'appendice iléo-cœcal. » Nous pourrions multiplier les observations ; nous nous hâterons d'ajouter que de telles erreurs ne sont plus commises aujourd'hui, car le chirurgien est familiarisé avec l'appendice, et s'attend à le rencontrer partout.

Le chirurgien peut être appelé après la formation d'un phlegmon.

Nous rentrons alors dans la forme décrite précédemment, et le diagnostic est presque impossible. Nous assistons à la formation d'un anus contre-nature, dont le point de départ reste inconnu.

C. ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE. — Les signes sont identiquement les mêmes que pour l'appendicite herniaire, et nous jugeons inutile d'en discuter longuement le diagnostic. Entre l'appendicite et l'étranglement, il n'y a pas de différence clinique, et ce n'est qu'après ouverture du sac qu'on reconnaîtra la cause véritable des accidents.

En résumé, le diagnostic précis de la hernie de l'appendice, surtout lorsqu'il survient des complications inflammatoires, est extrêmement délicat ; dans certains cas même, il ne pourra être posé d'une façon sûre. Mais la possibilité de rencontrer dans une hernie, quelle qu'elle soit, l'appendice iléo-cœcal, viendra toujours à l'esprit du chirurgien ; le diagnostic, après un examen minutieux, pourra toujours au moins être soupçonné, et nous allons étudier maintenant les conséquences thérapeutiques si importantes que nous pourrons en déduire.

Pronostic et traitement. — Si la hernie de l'appendice qu'on rencontre au cours d'une opération de cure radicale n'est pas une complication bien grave, il n'en est pas de même quand elle se complique d'accidents inflammatoires. Il y a quelques années encore, la mort était une complication assez fréquente, et sur vingt-deux observations relevées par RIVET, cinq ont été suivies de mort. Il est juste d'ajouter que le traitement chirurgical, institué dès le début des accidents, atténue considérablement la gravité du pronostic. C'est ce traitement que nous allons exposer en reprenant les divisions faites pour la symptomatologie.

1° L'APPENDICE N'EST PAS ENFLAMMÉ. — a). Il est seul. Le chirurgien pourra hésiter entre deux conduites à tenir : ou bien rentrer dans l'abdomen un organe sain et éviter au malade une intervention peut-être inutile ; ou bien réséquer l'appendice, et pratiquer ensuite, dans un cas comme dans l'autre, la cure radicale. Le second procédé nous paraît de beaucoup supérieur au premier. La résection de l'appendice, dans de telles conditions, ne présente aucune gravité ; par contre, sa réduction dans l'abdomen peut avoir quelques inconvénients, et pour n'en citer qu'un, nous rappellerons l'observation de BOUGLÉ : au cours d'une cure radicale pour hernie inguinale droite, on trouve l'appendice qu'on rentre dans l'abdomen. Quelques jours après survient un étranglement de hernie crurale, et on trouve dans le sac l'appendice enflammé. Il semble donc indiqué, si l'appendice est sain, de le réséquer. Plusieurs cas peuvent alors se présenter.

a. L'appendice est libre, on place une ligature à la base, on résèque au thermocautère sous la ligature, et on procède à l'enfouissement du moignon. On réduit, et on procède à la cure radicale, avec ou sans drainage.

b. L'appendice est adhérent au sac, par l'adhérence parenchymateuse de Scarpa. On sectionne le méso, et on résèque l'appendice comme précédemment.

c. L'appendice est adhérent au testicule, on le dissèque, sans trop craindre l'albuginée qu'on peut au besoin suturer en second lieu pour éviter le fongus du testicule.

d. L'appendice adhère au sac par des adhérences inflammatoires. On le sectionne à sa base, on dissèque le sac qu'on sectionne à son tour.

b). L'appendice est accompagné d'anses intestinales ou d'épiploon. Ici encore, la résection est indiquée, mais la cure radicale pourra présenter quelques difficultés, s'il s'agit du gros intestin. Nous n'avons pas à décrire ici l'étude des procédés à employer, qui rentrent plutôt dans l'étude des hernies du gros intestin.

Des adhérences très intimes entre l'appendice et l'intestin peuvent être une contre-indication à sa résection. Mais nous rappellerons que l'organe, ainsi rentré dans l'abdomen, est plus que jamais soumis à toutes les chances d'infection, puisqu'il a déjà été enflammé. Il faut donc essayer de procéder à une véritable dissection, en surveillant attentivement l'intestin et en drainant.

B. L'APPENDICE EST ENFLAMMÉ. — Avant d'exposer le traitement chirurgical de cette variété, nous croyons utile de dire quelques mots du taxis et des résultats qu'on peut en attendre. Le taxis est en effet la première intervention à laquelle le malade a recours quand sa hernie, cessant

d'être réductible, devient douloureuse. A son tour, le médecin croit devoir le pratiquer avant d'avoir recours à l'intervention sanglante, surtout si la bénignité des symptômes lui a fait porter à tort le diagnostic d'épiplocèle enflammée. On conçoit aisément la gravité de cette manœuvre : l'appendicite qui a commencé à évoluer dans le sac herniaire contiue sa marche dans l'abdomen ; c'est, à bref délai et presque fatalement, la péritonite généralisée et toutes ses conséquences.

Ce sont ces cas, rares à la vérité, mais d'une gravité exceptionnelle, qui sont les plus sérieux arguments contre le taxis. Nous avons vu l'extrême difficulté du diagnostic ; nous voyons maintenant quelles peuvent être les conséquences d'une erreur toujours possible. Nous sommes persuadés que bien souvent les accidents d'étranglement continuant à évoluer dans l'abdomen après la réduction d'une hernie étaient dus en réalité à une appendicite herniaire ; et nous voudrions voir cette complication rangée, à côté de la réduction en masse, parmi les accidents du taxis.

Nous ne discuterons pas plus longtemps les indications du taxis, opération néfaste pour le cas qui nous occupe, et jugée dangereuse d'une façon générale par beaucoup de chirurgiens. Nous nous contenterons de dire qu'on ne peut le pratiquer qu'à coup sûr, quand le diagnostic a été solidement établi et qu'on est certain que l'appendice est hors de cause. Dans le cas contraire, même si le moindre doute persiste, l'hésitation n'est pas permise, c'est à l'intervention sanglante qu'il faut avoir recours.

Si l'appendice est seul, les indications chirurgicales seront alors les mêmes que précédemment. On le résèque avec les plus grandes précautions ; il est prudent de procéder à l'enfouissement du moignon, pour éviter toute chance d'infection péritonéale. On pourra terminer par la cure radicale, en faisant un drainage de la région.

Si l'appendice est accompagné, l'opération pourra être plus compliquée, suivant l'état de l'intestin. On procède à un examen minutieux et à la toilette de toutes les anses amenées au dehors. Dans certains cas, il y a lieu de faire l'enfouissement de parties sphacélées, ou l'anus contre-nature, ou l'entérotomie. Si le sac est infecté, on drainera soigneusement la région après avoir reséqué largement toute la partie malade. Ici encore, on pourra terminer par la cure radicale.

En résumé, nous croyons indiqué, toutes les fois qu'on rencontrera un appendice dans un sac herniaire, quel que soit l'état de cet appendice, d'en faire la résection. On procède ensuite à la cure radicale par les procédés ordinaires.

Observations. — OBSERVATION I (Recueillie dans le service de M. le professeur FOLET, à l'hôpital Saint-Sauveur). — C..., Edmond, âgé de 32 ans, entré le 18 avril 1901, à l'hôpital Saint-Sauveur, salle St-Jean, n° 28, pour une hernie inguinale droite.

C'est un homme de constitution assez faible. Il porte au cou des traces de scrofulo-tuberculeuse, et dans la région du maxillaire une fistule dentaire qui suppure encore. Il y a douze ans, il a contracté la syphilis et il porte encore sur la face dorsale du pied gauche une syphilide de tuberculo-croûteuse qui atteint les dimensions de la paume de la main.

Il y a dix ans, étant infirmier à l'asile d'Armentières, il fit un effort pour soulever un malade. Il ressentit une violente douleur, une sorte de craquement, raconte-t-il. Il dut s'aliter, et le médecin de l'établissement constata la présence d'une petite hernie inguinale droite. Il n'y trouva rien d'anormal et conseilla le port d'un bandage. Petit à petit, la hernie s'est accrue. Aujourd'hui elle descend dans les bourses et atteint le volume d'un œuf. Elle est sonore, très réductible. Elle rentre dans le ventre avec gargouillement et se reproduit aussitôt après. L'orifice inguinal est lâche, et donne facilement passage à deux doigts. A la palpation de la tumeur, on n'a pas de sensation spéciale autre que le gargouillement de l'intestin. La réduction paraît être complète, et l'on sent parfaitement le testicule et le cordon qui sont libres.

La hernie n'occasionne aucune douleur. Nous interrogeons très minutieusement le malade sur son passé abdominal. Il est très affirmatif : les fonctions digestives se passaient remarquablement bien ; il n'y a jamais eu de phénomènes douloureux du côté de la hernie. Il désire se faire opérer, non pas parce qu'il souffre, mais pour éviter le port d'un bandage qui maintient mal sa hernie et parce qu'il craint des accidents possibles.

La cure radicale est pratiquée, le 4 mai 1901, par M. le docteur LE FORT. Notons de suite, comme incident, une alerte au début de la chloroformisation. Après l'incision, le sac est trouvé avec la plus grande facilité ; il est légèrement épaissi, facile à disséquer dans la plus grande partie de son étendue. Le sac étant ouvert, on découvre, non sans étonnement, l'appendice vermiforme situé à la partie postéro externe, entouré presque jusqu'à son extrémité libre d'un méso souple de un centimètre et demi de hauteur. Les deux lames péritonéales sont presque accolées, le méso est incisé. A sa base, c'est-à-dire au niveau de son insertion sur le sac, les deux lames péritonéales s'écartent et se continuent avec les parois du sac, sans aucune démarcation bien nette. L'appendice mesure huit centimètres de longueur ; il est contenu presque tout entier dans le sac herniaire ; il ne présente aucune adhérence et paraît absolument normal.

Deux ligatures sont placées, l'une sur l'appendice, l'autre sur son méso. Le sac est réséqué, et les bords de l'ouverture péritonéale qui résulte de cette résection sont maintenus avec des pinces. Une nouvelle ligature, placée au delà des pinces, ferme définitivement le péritoine et rétablit sa continuité en maintenant en même temps sa réduction complète. Préalablement, le court moignon appendiculaire avait été touché au thermo-cautère et enfoui par des sutures séro-séreuses sous un surjet de catgut.

On réduit le moignon appendiculaire et on procède à la cure radicale. La paroi est reconstituée par un double surjet de catgut : un sur le petit oblique, un autre sur l'aponévrose du grand oblique. Pour éviter toute amorce à une hernie nouvelle, les deux chefs placés sur le collet du sac sont fixés à la paroi, suivant le procédé de BARKER. La suture de la paroi est faite, moitié avec des crins, moitié avec des griffes de MICHAUX. On place un drain à la partie déclive, et on fait un pansement aseptique. Le lendemain, l'état général est bon. La température est de 37,5, le pouls à 90. Le malade a eu quelques vomissements dans l'après midi, et a rendu quelques gaz par l'anus.

Les jours suivants, on n'observe aucun incident. Cependant, au troisième jour, on note une élévation de température (38,5). On ouvre le pansement, qu'on trouve souillé d'un peu de pus (une série de catgut a donné à cette époque de la suppuration). Cette suppuration se tarit assez difficilement. Aujourd'hui, le malade est encore à l'hôpital, où il est soigné pour une fistule dentaire. La plaie opératoire est complètement guérie ; la cicatrice paraît solide, la toux et les efforts ne donnent plus aucune impulsion.

Observation II. — V..., Maria, âgée de 48 ans, entre d'urgence à l'hôpital Saint-Sauveur, salle Saint-Augustin, n° 3, le 1er mai 1901, pour occlusion intestinale. L'histoire de cette malade est assez difficile à débrouiller. Voici cependant ce qu'on arrive à comprendre des explications obscures qu'elle donne.

Elle a toujours joui d'une parfaite santé. Elle portait depuis deux ans une hernie inguinale, réductible, qui n'occasionnait aucun trouble. Le 27 avril, elle ressent un malaise général qui se traduit les jours suivants par des vomissements verdâtres, puis fécaloïdes, en même temps que par une diarrhée abondante. Le médecin consulté met la malade à la diète hydrique. Le 30 au matin, en faisant un effort, elle ressent une violente douleur dans l'aine, et dès ce moment il y a arrêt complet des gaz et des selles. Les vomissements fécaloïdes persistent, et le 1er mai, dans la nuit, la malade entre à l'hôpital.

Le lendemain matin (2 mai) on constate les signes suivants : Température 36°5. Pouls à 90, très faible. Etat général assez mauvais ; teint jaunâtre, conjonctives subictériques. Le ventre est légèrement ballonné, mais assez souple, sonore à la percussion. Le ballonnement est un peu plus accentué à droite. La malade a toujours des vomissements fécaloïdes ; elle ne rend ni gaz ni matières. Dans l'aine, on trouve deux petites tumeurs, l'une interne, plus grosse, comme une noix, dure, pédiculée, irréductible ; l'autre externe, plus petite, du volume d'une grosse noisette, plus molle, d'aspect variqueux.

On décide une intervention de ce côté : L'opération est pratiquée par M. le docteur Le Fort. Après ouverture, on trouve au niveau de la tumeur irréductible un sac herniaire inhabité, à collet petit, laissant à peine le passage à une plume d'oie. La petite tumeur qui l'avoisine est ouverte ; c'est une dilatation variqueuse de la saphène qu'on suture sans trop de difficultés Le doigt introduit dans le ventre ne révélant rien d'anormal, on ferme la plaie.

Le soir, l'état reste stationnaire, le malade a des vomissements fécaloïdes, pas de selles, pas de gaz. Température 36°7. Pouls à 92°, très faible. Teint plombé, subictérique. En un mot, les phénomènes d'occlusion continuent et on décide une nouvelle intervention. On fait cette fois une laparotomie médiane. On trouve en certains points un début de péritonite. Une anse d'intestin grêle porte latéralement des traces d'un étranglement récent ; une autre anse porte des sillons œdémateux suspects. On trouve en outre l'appendice qui a été pincé dans la ligature du sac le matin. On le résèque, et on enfouit le moignon par des sutures séro-séreuses.

On profite de la plaie opératoire faite le matin pour drainer largement, et on ferme le ventre rapidement. On injecte 1 litre de sérum artificiel et 30 centigrammes de caféine.

Le 3 mai, la malade nous dit avoir rendu quelques gaz, à la suite d'un lavement, mais ses renseignements nous paraissent sujets à caution.

L'état général n'a pas changé ; le pouls, toujours faible, est à 112° ; la température est de 36°5. La malade a eu quelques rares vomissements la nuit. On injecte de nouveau 500 grammes de sérum artificiel, et 30 centigrammes de caféine.

Le 4 mai, le pouls est à 132° ; il y a de l'hypothermie ; les vomissements fécaloïdes continuent.

Jusqu'au 10 mai, jour de la mort, l'état général s'aggrave, l'occlusion persiste et la malade tombe peu à peu dans le collapsus. Elle meurt le 10 mai. L'autopsie ne peut être faite.

Il y a dans cette observation deux choses bien distinctes : d'une part, une hernie de l'appendice méconnue, mais incontestable puisque cet organe a été pris dans la ligature du sac. D'autre part des accidents assez obscurs d'étranglement interne, probablement dus à une réduction de hernie en masse ; l'autopsie seule aurait pu nous révéler la nature exacte de ces accidents.

Conclusions. — La hernie de l'appendice, dont le mécanisme et les variétés sont aujourd'hui très bien connus, peut ne se révéler par aucun symptôme particulier.

Elle est sujette à des accidents variés, l'appendicite et l'étranglement herniaire. Ce qui les caractérise, c'est le contraste entre les accidents locaux ou péritonéaux, et l'absence d'occlusion intestinale. Ce signe est le seul qui permette d'affirmer ou de soupçonner le diagnostic.

Le taxis doit être absolument proscrit du traitement de cette variété de hernies. L'intervention chirurgicale est de rigueur : il faut réséquer l'appendice, enflammé ou non, et procéder ensuite à la cure radicale de la hernie, en assurant le drainage de la région. Cette manière de faire diminue considérablement la gravité de la maladie, et donne au malade de grandes chances de guérison définitive.

Consultations Médico-Chirurgicales

LES CONVULSIONS DE L'ENFANCE

Pr E. Ausset.

Les convulsions sont des accidents très fréquents chez les enfants. Symptomatiques, c'est-à-dire liées à une lésion des centres nerveux, leur traitement est de second rang. Nous ne nous occuperons que des convulsions dites idiopathiques.

Informations cliniques. — 1° Un nourrisson atteint de troubles gastro-intestinaux, pousse tout à coup, sans prodromes, un grand cri ; son regard fixe exprime la terreur ; il perd vite connaissance. Le visage est très rouge, puis très rapidement violacé, cyanosé, asphyxique ; la bouche est écumante ; les globes oculaires, animés de mouvements saccadés, désordonnés et rapides, se convulsent dans tous les sens, le plus habituellement en haut, de façon à ne laisser paraître que la sclérotique ; la face est grimaçante, les commissures labiales sont tirées de côté et d'autre ; la respiration semble arrêtée, le tronc est raidi, la poitrine immobile. Bientôt apparaissent des secousses des membres, des mouvements désordonnés de flexion et d'extension qui se succèdent avec une grande rapidité ; la tête est le plus habi-

tuellement rejetée en arrière ou se meut latéralement ou en rotation. Tous ces phénomènes ne durent pas une minute. L'enfant tombe ensuite dans un sommeil invincible voisin de la stupeur. C'est là un cas classique d'une *grande crise d'éclampsie infantile*.

2° Chez un autre enfant, les mouvements se limitent à une région très restreinte, la face, ou les deux membres supérieurs, ou un seul côté du corps, ou même un seul groupe musculaire et sans cri initial.

3° Enfin la crise convulsive peut n'intéresser que les muscles respiratoires et les muscles du larynx ; c'est la convulsion *interne*. L'enfant devient tout à coup très pâle, rejette la tête en arrière, convulse ses globes oculaires, la face est violacée, la respiration est arrêtée, puis, au bout de quelques secondes, un sifflement inspiratoire se fait entendre et tout rentre dans l'ordre.

Indications pathogéniques. — La convulsion ne survient que chez un organisme préparé, n'éclate que pour une cause donnée. La cause occasionnelle peut être une impression nerveuse périphérique, cutanée ou muqueuse (vésicatoires, sinapismes, épingles enfoncées dans les chairs, langes trop serrés, furoncles, abcès, dentition douloureuse et pénible, vers intestinaux, corps étrangers de l'oreille et du nez, application défectueuse d'un bandage herniaire, etc. .) ; mais les infections gastro-intestinales sont la cause profonde, le facteur le plus habituel de ces accidents ; d'où la fréquence des convulsions chez les rachitiques, chez les enfants dyspeptiques soumis à une intoxication digestive permanente.

Un peu plus complexes, mais réductibles à ces deux ordres primordiaux de causes, sont : la constipation, les indigestions, l'alcoolisme de la nourrice, l'hyperthermie, les fièvres éruptives, la pneumonie, l'érysipèle, etc., qui débutent souvent par des convulsions. Il s'agit dans ces derniers cas d'une action toxi-infectieuse sur les centres nerveux des poisons microbiens ou autres et des microbes eux-mêmes.

Tout ce qui combattra la dyspepsie, c'est-à-dire l'hygiène de l'alimentation en résumé, diminuera la prédisposition aux convulsions ; écarter avec sollicitude les causes occasionnelles, les découvrir lorsqu'elles agissent et y porter prompt remède constituera le traitement vrai. Les accidents immédiats auxquels est exposé l'enfant durant la crise sont le guide des moyens employés pour la combattre.

Traitement. — **A**. Traitement de la crise. — *a) Lors d'une crise unique.* — Avant toute chose débarrasser complètement l'enfant de ses vêtements, l'étendre sur un **lit**, la tête relevée ; veiller à ce que la température de la chambre ne soit pas trop chaude ; il est préférable qu'elle soit un peu fraîche ; si la saison le permet, entr'ouvrir une fenêtre. Exiger le **calme** et le **silence**, éloigner toutes les personnes inutiles de l'entourage. **Ne jamais approcher la lumière** des yeux du malade : à elle seule elle peut ramener la crise.

b) Lorsque les crises se répètent, faire préparer un **bain** à 35°, y plonger l'enfant en ayant bien soin de lui **entourer la tête de compresses froides**. Refroidir rapidement le bain jusqu'à 30°. On laissera le malade quinze minutes dans ce bain.

Pendant qu'on aura fait préparer le bain, on mettra cinq à six gouttes de **chloroforme** sur le coin d'un mouchoir, et on les fera inhaler, en prenant la précaution de bien espacer les inhalations pour laisser beaucoup d'air pur à l'enfant.

Au sortir du bain, administrer le **lavement antispasmodique** suivant :

Assa fœtida	1 gramme
Jaune d'œuf.	N° 1
Lait.	100 grammes.

Pour éviter les morsures de la langue on interposera un bouchon de liège entre les mâchoires.

Ce qu'il ne faut pas faire : 1° Ne jamais pratiquer de saignée générale ; tout au plus pourra-t-on exceptionnellement mettre une sangsue derrière chaque apophyse mastoïde dans le cas d'éclampsie urémique, et si l'enfant est un peu âgé et très vigoureux.

2° Ne jamais employer de révulsifs cutanés, tels que le vésicatoire, les sinapismes. Ils irritent le système nerveux périphérique, et peuvent ramener les crises convulsives.

B. — Traitement d'après la cause. — Dès qu'on s'est fait une opinion sur la cause des convulsions, le traitement de la crise doit faire place à une thérapeutique s'inspirant mieux de la pathogénie.

a). Lors de *convulsions dues à des troubles gastro-intestinaux*, on doit **être très parcimonieux des vomitifs**, très déprimants chez ces enfants. Ils devront être réservés pour les cas d'indigestion ; dans ce dernier cas, on administrera de la poudre d'**ipéca**, diluée dans de l'eau ; on écartera les mâchoires et on ira titiller la luette pour faciliter encore le vomissement.

En même temps on donnera un **lavement purgatif.** Plus tard, on donnera le **calomel**, 0 gr. 10 à 0 gr. 20, mais il ne faudra jamais le donner en premier lieu, car son action est trop lente, et il est urgent d'agir vite.

Il est bien entendu qu'on mettra l'enfant à la **diète hydrique** pendant au moins vingt-quatre heures, et que les jours suivants on ne se résoudra à **reprendre l'alimentation que très doucement** et avec les plus grandes précautions. Il faut tout particulièrement veiller à la **constipation**, et si c'est elle qui est particulièrement la coupable, on ne laissera jamais passer une journée sans obtenir de l'enfant, naturellement ou artificiellement, une selle copieuse.

b) Dans les *convulsions par hyperthermie ou du début*

des maladies aiguës, la **balnéation** rend les plus grands services. Il faudra surtout **ne pas faire de médication intempestive**, les convulsions dans ces cas étant le plus souvent passagères. On se contentera de quelques inhalations au chloroforme et des bains tièdes à 28°-30°. — Comme il faut éviter toute cause d'excitation brusque du système nerveux, on mettra d'abord l'enfant dans un bain à 35°-37°, que l'on refroidira progressivement et rapidement jusqu'à 28°. On le laissera un quart d'heure dans l'eau à cette température. C'est le traitement de la crise unique ou isolée ; il sera rare en effet qu'une fois l'éruption survenue, dans la rougeole, par exemple, les convulsions se reproduisent fréquentes.

c) Quant aux *convulsions vermineuses*, outre qu'on ne devra accepter ce diagnostic qu'avec preuves certaines, — les vers intestinaux, sont en effet, souvent accusés à tort ; — on se souviendra qu'on observe dans ces cas de véritables convulsions à répétition. Il faudra, alors, administrer le vermifuge approprié.

α) Au cas d'*ascarides lombricoïdes*, facilement constatés, donner **semen-contra**, un gramme, dans un peu de miel, le matin à jeun ; le lendemain matin, administrer le paquet suivant :

Calomel	āā 0 gr. 10 à 0 gr. 30
Scammonée	

suivant l'âge.

β) Au cas d'*oxyures vermiculaires*, bien et dûment contrôlés, pendant une huitaine de jours, le matin, donner un lavement avec une infusion de **fenouil et d'anis**, dans laquelle on aura ajouté deux cuillerées à soupe de glycérine ; le soir, au coucher, introduire dans le rectum le suppositoire suivant :

Calomel..........................	0 gr. 15
Beurre de cacao..................	q. s.

Dans la journée, on introduira, dans l'anus, gros comme un pois d'**onguent napolitain**.

γ) Au cas de *tænia*, donner le matin à jeun, en deux prises, à un quart d'heure d'intervalle :

Extrait de fougère mâle.....	3 grammes
Sirop de menthe............	30 grammes

et une heure après la dernière prise :

Huile de ricin	20 grammes.

C. — Traitement prophylactique. — Comme l'éclampsie infantile atteint surtout les sujets nerveux, on devra, chez des enfants ainsi prédisposés et tarés, **surveiller attentivement l'éducation** : Proscrire les causes d'excitation psychique et physique ; interdire le travail intellectuel précoce, ne pas laisser tomber les parents dans le grave travers de vouloir avoir des enfants prématurément brillants. **Eviter les jeux prolongés** dans les réunions nombreuses d'enfants. **Ne pas exciter leur sensibilité** par des histoires de revenants ou autres, inventées pour les intéresser ou leur faire peur.

On prescrira les **toniques** : le sirop d'iodure de fer ou le sirop de raifort iodé. Tous les matins on imposera le **tub tiède**, et même froid, si l'enfant peut s'y accoutumer.

Le régime alimentaire sera l'objet d'une minutieuse surveillance : repas bien réglés, bien composés suivant l'âge. Proscrire le vin et la bière, l'eau pure sera la seule boisson ou, encore, le lait coupé.

Chez les sujets particulièrement prédisposés, et chez lesquels il y aura tout lieu de redouter des crises convulsives, on donnera les antispasmodiques au début de toute maladie aiguë fébrile.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Bulletin annuel (5e année) de l'Office sanitaire de Lille, année 1900, par le docteur Staes-Brame, directeur. Lille, Le Bigot, 1901.

C'est un important travail que le directeur de l'Office sanitaire de Lille livre à la publicité sous forme de Bulletin. De nombreux documents statistiques sont réunis dans les 224 pages qui le composent, présentés le plus souvent sous forme de tableaux et accompagnés de graphiques, de cartes de la ville à grande et faible échelle ; aussi l'intérêt est-il grand de parcourir le volume et le devient-il encore davantage quand on le consulte dans un but déterminé. Le texte explicatif, qui est joint aux tableaux, mérite aussi d'être lu et retenu. Au chapitre de la tuberculose, les remarques abondent ; laissant même la parole à l'auteur, nous voyons :

« La tuberculose, sous toutes ses formes, a fait à Lille des ravages considérables occasionnant en 1900, 845 décès sur un total de 4.984, soit 17 °/₀ de décès. Ainsi,

alors que nous avons :

à Lille	1	décès par tuberculose sur	5,9	décès
et à Paris...........	1	id.	5,1	id.
on a à Lyon..........	1	id.	6,61	id.
Saint-Etienne........	1	id.	9,2	id.
Nancy................	1	id.	7.6	id.
Roubaix..............	1	id.	6,8	id.
Dunkerque............	1	id.	11	id.
Bruxelles (ville)......	1	id.	6,9	id.
Bruxelles (suburbain)	1	id.	7,8	id.
Anvers...............	1	id.	15,3	id.
Liège................	1	id.	12,9	id.
Malines..............	1	id.	30	id.
Londres..............	1	id.	15,5	id.
Berlin...............	1	id.	7,5	id.

et en moyenne dans les villes industrielles allemandes 1 sur 10.

Une autre étude qui a son importance, est la répartition des décès par tuberculose dans les différents quartiers de la ville.

Si l'on examine la carte de la ville sur laquelle sont pointés les décès par tuberculose, on constate qu'ils sont uniformément répartis et que, si quelques taches semblent vouloir ressortir, elles coïncident avec les quartiers où la densité de la population est la plus forte.

Si on examine maintenant le tableau qui donne la mortalité par affections tuberculeuse pour 1.000 habitants et pour 1.000

décès, on est frappé de certaines particularités : c'est ainsi que nous voyons, pour l'année 1900, par exemple, le quartier *Vauban*, quartier riche, dont les rues sont larges, bien aérées, arriver avec 284,34 décès tuberculeux sur 1.000 décès, tandis que *Wazemmes*, quartier essentiellement ouvrier, à population très dense, ne donne que 180,47 décès tuberculeux sur 1.000 décès et que pour ces deux quartiers le coefficient de décès par tuberculose donne des chiffres très rapprochés, soit : 3,73 °/oo habitants pour Vauban et 3,86 °/oo hábitants pour Wazemmes ; ce qui tendrait à faire croire que si l'on meurt plus dans les quartiers ouvriers, on y meurt moins souvent par tuberculose.

La même observation peut être faite pour *Fives* ouvrier, et *Saint-Maurice*, quartier relativement riche.

191,67 décès tuberculeux sur 1.000 décès à Fives.
217,72 id. 1.000 décès à Saint-Maurice.
et 4 °/oo habitants à Fives et 4,28 °/oo habitants à Saint-Maurice.

D'un autre côté, le *Sud*, quartier éminemment populeux, arrive avec 151,50 décès tuberculeux sur 1.000 décès et 3,80 °/oo habitants, alors que *Canteleu*, quartier extra-muros aisé, apporte 202,18 décès tuberculeux sur 1.000 décès et 6,25 °/oo habitants.

Si l'on veut chercher jusqu'à quel point ces appréciations se justifient et établir des éléments de comparaison, il faut remarquer que la mortalité des quartiers ouvriers comporte un chiffre assez considérable de mortalité infantile et parmi celle-ci, la mortalité par athrepsie, gastro-entérite des enfants au-dessous de 1 an qui s'élève pour Wazemmes, par exemple, à 26,3 °/o des décès. Si l'on veut rechercher et comparer le nombre des victimes de la tuberculose dans les différents quartiers, il ne faut pas faire entrer en ligne de compte ces victimes du défaut de soins et de la mauvaise alimentation. Pour arriver à apprecier les qualités plus ou moins de grandes résistance des individus à la tuberculose, il ne faut comparer entre eux que ceux qui ont couru des risques et il faut éloigner ceux qui étaient condamnés à l'avance ; de même que ceux qui succomberaient à une épidémie concomitante.

Nous devons donc retrancher du chiffre total des décès, les décès par athrepsie au-dessous de 1 an.

Nous arriverons alors à ce résultat que sur 100 décès, il y a : 26,2 tuberculeux à Vauban et 23,66 à Wazemmes, 24,12 à Fives et 23,18 à Saint-Maurice, 22,42 au Sud et 23,80 à Canteleu.

De sorte que, si nous recherchons quelle est la mortalité par tuberculose en 1900, dans les différents quartiers de la ville, nous trouvons :

Canteleu...	Décès par tuberculose pour	10.000 habit. :	67,40
Esquermes.	id.	id.	56,56
Gare.......	id.	id.	53,19
Saint-André	id.	id.	53,05
St-Maurice.	id.	id.	43,81
Fives.......	id.	id.	42,93
Hôtel-d-Ville	id.	ip.	40,98
Moulins....	id.	id.	40,10
Wazemmes.	id.	id.	39,48
Sud........	id.	id.	38,96
Vauban.....	id.	id.	38,21

Comme nous le disions au début : que si l'on meurt plus dans les quartiers ouvriers, on y meurt moins de la tuberculose.

La tuberculose sévit donc sur toutes les classes de la société et relativement frapperait davantage la petite bourgeoisie, la classe riche et commerçante, que la classe ouvrière.

Est-ce à dire que la classe ouvrière fournirait moins de victimes que la classe aisée ? Evidemment, numériquement, non ; Nous voyons, en effet, qu'elle fournit à elle seule environ les 2/3 des décès par tuberculose ; mais si l'on tient compte de la proportion numérique, on peut dire qu'elle n'en fournit pas davantage.

Est-ce parce que la mortalité infantile considérable, ayant opéré une sorte de sélection, ne laissant plus subsister que les forts, les robustes, que la classe ouvrière est plus résistante ?

Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe de retenir, c'est que, à quelque classe de la société qu'ils appartiennent, tous sont intéressés à lutter contre cette maladie ; que riches et pauvres sont à peu près également menacés et que ce n'est pas seulement dans les logements ouvriers qu'il importe de pratiquer de nombreuses désinfections.

Ceci dit pour bien montrer que l'effort nécessaire pour combattre efficacement cette affection meurtrière, doit être général et que personne ne peut rester indifférent, tout le monde étant presque également menacé. Il est évident que, comme toutes les affections, la tuberculose fait plus de victimes dans la classe ouvrière que dans la classe aisée, d'abord parce qu'elle est plus nombreuse et ensuite parce que la maladie trouve ordinairement chez elle un puissant auxiliaire : la misère ».

Dans ce long travail, le statisticien, le médecin, l'hygiéniste, le philanthrope trouveront à puiser : les documents abondent, en ce qui concerne la météorologie, la démographie, les décès, les maladies épidémiques et contagieuses, les mort-nés, les suicides, les naissances, le recrutement de l'armée, les inspections sanitaires, le service de désinfection, les commissions des logements insalubres, les revaccinations dans les écoles municipales, le service sanitaire des filles soumises, les enfants du premier âge, les crèches municipales, les hôpitaux, les hospices, l'assistance médicale gratuite, les asiles de nuit, le mouvement des voyageurs dans les gares, les tramways et les hôtels, l'octroi, l'alimentation, le marché aux chevaux, les accidents, les incendies, les secours publics, etc. On ne peut que désirer que cette publication continue avec ce caractère documentaire. Tout le monde y trouve son compte.

Dr F. C.

MOTS DE LA FIN

Un Cabaretier prévoyant. — Un de nos confrères passe devant un mastroquet voisin du cimetière de Loyasse. Au même instant défile un enterrement ouvrier.

— Vite, vite, Joséphine, entend-il crier chez le débitant, vite à la cave, voilà un enterrement d'au moins 50 litres !

(Lyon Médical).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Un Concours pour un emploi de chef de clinique obstétricale s'ouvrira le lundi 20 janvier 1902, à neuf heures du matin, devant la Faculté de Médecine de Lille.

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat

de la Faculté du 1er au 15 janvier, et déposer expédition de leur acte de naissance et de leur diplôme de docteur. Est admis à concourir tout docteur français, âgé de 35 ans au plus.

La durée des fonctions est fixée à 1 an ; toutefois, sur la demande du professeur, elles pourront être prorogées trois fois, et pour une année chaque fois.

Pour la nature des épreuves et les attributions, voir l'affiche spéciale, ou se renseigner au Secrétariat de la Faculté.

— Nous relevons avec satisfaction, parmi les distinctions honorifiques parues à l'occasion du jour de l'An, la nomination, comme chevaliers de la Légion d'honneur, de MM. les docteurs Carton, médecin-major de 2e classe au 19e chasseurs à Lille, et Richard, médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale, professeur d'hygiène à l'Institut Industriel. Nous adressons à nos confrères les meilleures félicitations de l'*Echo médical du Nord*.

— Parmi les récentes promotions et changements d'affectatoins survenus dans le **Corps de santé militaire**, nous relevons comme intéressant notre région, celles de MM. les docteurs Watier, nommé nommé médecin-major de 1re classe et désigné pour le 72e d'infanterie, à Amiens ; Pouillaude, nommé médecin-major de 1re classe et désigné pour le 27e d'artillerie, à Douai ; Jourdin, médecin-major de 2e classe et désigné pour le 73e d'infanterie, à Béthune ; Lehmann, médecin-major de 2e classe et désigné pour le 21e dragons, à Saint-Omer ; Baumevieille, médecin-major de 2e classe et désigné pour le 84e d'infanterie, à Avesnes ; Leniez, médecin-major de 2e classe et désigné pour le 8e chasseurs à pied, à Amiens.

UNIVERSITÉ DE PARIS

M. le docteur Gilbert, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Par décrets du 30 décembre 1901, ont été promus ou nommés : *Commandeur :* M. le docteur Madamet, médecin inspecteur de l'armée. *Officiers :* MM. les docteurs Galliot, médecin en chef de la marine ; Henyère ; Crussart ; Darrécarrère ; Billet, médecins principaux de l'armée ; Kleinpeter, médecin-major de l'armée ; Liétard, de Plombières ; Goubaud, médecin principal de l'armée territoriale. *Chevaliers* : MM. les docteurs Denis ; Barrat ; Guitton, médecins de 1re classe de la marine ; Nourry, médecin de 2e classe ; Remy ; Marchand ; Godin ; Tayac ; Fabre ; Ott ; Boinet ; Ferrand ; Stœber ; Lassale ; Legueu ; Reaucar, médecins-majors de 1re classe de l'armée ; Quéhéry ; Seguin ; Marie ; Carton ; Courboulès ; Dieu ; Lions ; Pierre ; Vergoz ; Fasquelle ; Seuvre ; Gorecki, médecins-majors de 2e classe de l'armée ; Goutay, de Maringues (Puy-de-Dôme) ; Colard, d'Ornans (Doubs) ; Hernin, de Sevrap-Livry (Seine-et-Oise).

Mérite agricole. — M. le docteur Mérieux, d'Asfeld (Ardennes), est nommé chevalier.

Médaille des épidémies. — La médaille de vermeil est attribuée à M. le docteur Binet ; la médaille d'argent au docteur Achard ; des médailles de bronze aux docteurs Chambelland et Arnaud et à M. Theulet-Luzié, interne à l'hôpital Trousseau.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

52e Semaine, du 22 au 28 Décembre 1901

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	4
3 mois à un an	8	12
1 an à 2 ans	2	3
2 à 5 ans	3	1
5 à 10 ans	3	2
10 à 20 ans	»	»
20 à 40 ans	5	4
40 à 60 ans	9	10
60 à 80 ans	13	6
80 ans et au-dessus	3	5
Total	54	47

Répartition des décès par quartier

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Coqueluche	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	2
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Apoplexie cérébrale	»	1	2	»	2	1	»	1	2	»	»	9
Bronchite et pneumonie	1	1	5	9	1	4	1	1	1	»	»	24
Maladies organiques du cœur	»	»	1	»	1	»	»	1	»	»	»	3
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	»	1	3	4	»	3	1	»	1	»	»	13
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire	1	2	2	1	»	2	»	»	4	»	»	12
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculoses	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	3	2	1	8	2	7	2	2	4	2	1	34
TOTAL des DÉCÈS	6	9	14	23	6	17	4	6	13	2	1	101
NAISSANCES par Quartier	6	8	14	16	10	5	10	6	15	3	6	99

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 261. Sixième Année. N° 2. Le Numéro : **10** centimes. 12 Janvier 1902

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 fr. par an.
Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

HOPITAL SAINT-SAUVEUR

Clinique des Maladies des Voies urinaires

(Policlinique du Vendredi)

Par M. le docteur **Carlier**, professeur agrégé.

I. Calcul vésical chez un enfant. — II. Tuberculose primitive du rein droit. — Rétrécissement de l'urètre et hypertrophie de la prostate. — IV. Pyonéphrose tuberculeuse du rein droit.

I. — Calcul vésical chez un enfant

Le premier malade que j'ai à vous présenter est un enfant de dix ans, originaire du Pas-de-Calais. Cet enfant a été adressé à la clinique pour des troubles de la miction dont il est facile de préciser la cause. Ce petit malade est tourmenté par des besoins fréquents d'uriner. Il souffrait surtout après ses récréations, lorsqu'il avait couru en prenant part aux jeux de son âge. Il lui était alors arrivé, mais très rarement, d'uriner quelques gouttes de sang. Les mictions sont douloureuses. Ces symptômes, très accusés pendant le jour, sont très atténués par le repos, à tel point que le malade est transformé depuis son entrée dans le service, où il a été maintenu au lit. J'attire de suite votre attention sur cette remarquable *atténuation de la fréquence et de la douleur des mictions par le repos au lit* ; c'est le fait des calculeux de se sentir guéris la nuit et d'être repris de leurs malaises avec la locomotion.

Ces quelques symptômes suffisent pour faire naître dans ce cas l'idée d'une *pierre vésicale*. Je tiens cependant à vous signaler encore un autre signe que je considère comme très important et qui m'a souvent permis de diagnostiquer d'emblée chez l'enfant un calcul de la vessie. L'enfant calculeux, surtout si le calcul a provoqué de la cystite, est souvent en proie après les mictions à un violent ténesme vésical qui s'accompagne souvent de poussées douloureuses du côté du rectum, d'où défécation involontaire et parfois prolapsus du rectum. Aussi notre petit malade, instruit par l'expérience, avait-il soin de se mettre sur le pot pour uriner, de façon à n'être pas souillé par ses matières fécales. Je me suis assuré qu'il ne présentait pas à ce moment de prolapsus du rectum. La constatation des symptômes précédents chez un enfant doit vous faire penser à un calcul de la vessie, mais aucun de ces signes n'est pathognomonique. Pour affirmer l'existence d'une pierre vésicale, il faut la sentir ou la voir.

Voici l'instrument de choix pour la recherche de la pierre, c'est l'explorateur métallique avec son manche résonateur et sa courte béquille. Le voici introduit dans la vessie du petit malade dont vous pouvez admirer la docilité ; vous entendez à distance un bruit spécial produit par le contact de l'instrument avec un corps

étranger intravésical qui ne peut être qu'une pierre. Ce bruit est assez sec, ce qui indique une pierre dure, formée probablement d'acide urique ou d'urate. Son volume est celui d'une grosse amande verte.

Vous avez pu voir avec quelle facilité l'explorateur a pris ici contact avec la pierre. Ne croyez pas qu'il en soit toujours ainsi. Il vous arrivera de ne pas trouver un calcul vésical alors que vous aurez toutes les raisons de croire à sa présence dans la vessie. Cela pourra tenir à ce que vous êtes mal instrumenté ou que votre malade n'est pas dans les conditions voulues pour subir un examen de la vessie. L'instrument de choix est cette tige métallique droite avec béquille dont vous m'avez vu me servir ; la sonde de trousse est un mauvais instrument d'exploration, en raison de sa trop grande courbure qui ne lui permet pas d'examiner le pourtour du col vésical et la région du trigone. D'autre part, un malade qui aura fait un certain trajet en chemin de fer ou en voiture avant de venir vous consulter aura par cela même mal disposé sa vessie pour un examen. Au moment de l'introduction de l'instrument, la vessie, irritée par le voyage, peut avoir des contractions partielles qui masquent la pierre et vous empêchent de prendre contact avec elle. Aussi, en présence d'un malade qui présente tous les signes d'un calcul vésical, ne concluez pas trop vite à l'absence d'une pierre parce que vous ne l'aurez pas trouvée avec l'explorateur. Renouvelez votre examen de préférence un matin, après une nuit de repos. Certaines vessies nécessitent même l'emploi du chloroforme.

Notre petit malade a donc un calcul de la vessie. C'est un récidiviste, car je l'ai déjà opéré il y a deux ans d'un très gros calcul, trop gros pour pouvoir être broyé. J'ai fait alors une taille hypogastrique dont vous voyez la cicatrice, et après l'extraction d'un calcul urique de la grosseur d'une forte noix, j'ai fait une suture hermétique de la vessie et l'enfant a été guéri en dix jours. Cette taille n'a pas empêché la récidive du calcul, ce qui prouve que la récidive peut survenir aussi bien après une taille hypogastrique qu'après une lithotritie bien conduite.

Cette récidive du calcul vésical est cependant rare chez l'enfant ; je ne l'ai pas encore observée sur les vingt-deux enfants que j'ai opérés de la pierre, soit par la taille, soit par la lithotritie. Il nous faudra tenir compte de cette prédisposition pour imposer ici un régime tout spécial au petit malade lorsque nous l'aurons débarrassé de son nouveau calcul.

Pour le moment nous ne devons penser qu'à extraire sa pierre. Le calcul étant moins volumineux qu'il y a deux ans et l'urètre de l'enfant permettant le passage d'un numéro 16 de la filière Charrière, je me propose de broyer sa pierre, nous éviterons ainsi une nouvelle opération sanglante et l'enfant sera guéri en quelques jours.

(La pierre a pu être broyée en une seule séance : huit jours après l'enfant quittait l'hôpital, complètement guéri).

II. — Tuberculose primitive du rein droit

Voici maintenant un jeune homme de dix-neuf ans, qui nous a été adressé par le docteur Lafaye, d'Auchel. Son histoire est la suivante : Il y a environ deux ans, à la suite d'un excès de boissons, ce malade commença à avoir des *mictions un peu fréquentes et un peu douloureuses* ; il urinait toutes les deux heures environ pendant le jour, et se levait trois ou quatre fois par nuit. Le repos atténuait un peu ces symptômes, mais sans amener leur disparition.

Les urines, examinées à ce moment, furent trouvées troubles, elles le restèrent depuis lors.

Tout cela n'empêchait pas le malade d'avoir un excellent état général et de continuer son travail de mineur, lorsque, il y a quinze jours, il eut un pissement de sang. Cette *hématurie* ne s'accompagna d'ailleurs d'aucune douleur, elle persista jour et nuit pendant trois jours. Le malade, très intrigué et un peu effrayé, s'observa à ce moment et il nous déclare que son *hématurie fut totale*, c'est-à-dire que l'urine de tout le jet était colorée par le sang. Le malade avait à peu près oublié ce pissement de sang, tant il en avait peu souffert, qu'une seconde hématurie se déclarait il y a six jours, c'est ce qui le décida à prendre conseil de son médecin qui nous l'adressa à la clinique.

Actuellement le malade ne présente d'autres symptômes qu'une fréquence relative de la miction, qui n'est même plus douloureuse. Le sang a disparu des urines, celles-ci, vous le voyez, sont un peu troubles et déposent à peine. Je vous fais tout de suite remarquer que ces urines sont *très peu odorantes* et qu'elles sont *acides*.

Voilà donc un malade dont l'état général est très satisfaisant, qui est apyrétique, qui ne souffre pas, dont l'appétit est conservé et qui ne présente d'autres symptômes que des urines un peu troubles, une légère fréquence de la miction, et surtout deux hématuries survenues sans cause apparente. A quel diagnostic vous arrêterez-vous ?

Si vous étiez consulté par un jeune homme de 19 ans pour une hémoptysie récente et qui a conservé un peu d'expectoration et quelques signes stéthoscopiques, vous penseriez tout de suite à la tuberculose pulmonaire. Eh bien, chez notre malade, l'idée de tuberculose est celle qui doit venir la première à l'esprit. Son hématurie peut être comparée à une hémoptysie, et sa légère pyurie à l'expectoration que vous constateriez chez un tuberculeux pulmonaire.

Poussons plus loin l'examen. Cherchons chez lui des manifestations de tuberculose. Le côté génital est intact, il n'y a rien aux épididymes, ni à la prostate, ni aux vésicules séminales. La vessie présente une sensibilité obtuse et peu en rapport avec ce que nous savons de la tuberculose vésicale. Donc rien jusqu'ici qui puisse nous renseigner. Reste l'examen des reins.

Le malade n'en a jamais souffert. On ne sent pas le rein gauche qui reste inaccessible à la palpation, en revanche le *rein droit est augmenté de volume*, et son pôle inférieur descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Ce rein est resté mobile dans sa loge, et sa palpation n'est nullement douloureuse. Il n'est cependant pas douteux que c'est lui qui est la cause des hématuries survenues chez notre malade.

Il ne nous reste plus qu'à rechercher si la lésion du rein est de nature tuberculeuse. Nous ne pouvons tirer aucun renseignement de l'examen de l'appareil génital qui ne présente aucune lésion. Mais l'examen bactériologique des urines a été fait par M. Hautefeuille, chef du laboratoire annexé à la Clinique. Les urines renferment des *bacilles de Koch, mais pas d'autres microbes*.

J'insiste sur cette particularité que les urines ne renferment pas d'autres microorganismes que le bacille de Koch. Les associations microbiennes en effet ne sont pas moins fâcheuses, au point de vue du pronostic, dans la tuberculose urinaire que dans la tuberculose des autres organes.

Lorsque vous devrez procéder à ces examens bactériologiques des urines chez un malade que vous soupçonnez atteint de tuberculose urinaire, rappelez-vous que pour qu'il réussisse, l'examen du bacille doit être fait sur des urines acides, sur des urines fraîchement émises. C'est un tort de prélever simplement un échantillon sur l'ensemble des urines des vingt-quatre heures. Pour éviter toute cause d'erreur, nous avons l'habitude de recueillir aseptiquement les urines avec la sonde, ce moyen est le seul à employer chez la femme. En pratique, il vous suffira, chez l'homme, de vous munir d'un flacon stérilisé et d'y faire uriner directement le malade, mais faites préalablement une toilette minutieuse du méat, du gland et du prépuce, et ne recueillez pas les premières gouttes d'urine qui ont servi à balayer l'urètre. Ne négligez pas cette toilette du gland, car le bacille du smegma et le bacille de Kock se ressemblent morphologiquement et leurs réactions sont analogues. Kœnig lui-même s'y est trompé, ce qui lui fit prendre un rein sarcomateux pour un rein tuberculeux.

Le **traitement** de ce malade doit être chirurgical. Ses lésions sont trop avancées pour prétendre les faire rétrocéder par un traitement médical. D'ailleurs, j'estime avec Albarran et Tuffier que les lésions d'un rein tuberculeux n'ont pas à bénéficier d'une temporisation. Dans le cas qui vous est soumis, il ne saurait être question d'une néphrotomie. Comme le malade ne souffre pas et n'a pas de fièvre, ou bien il ne faut rien lui faire, ou bien il faut intervenir par une néphrectomie. Cette opération, supprimant l'organe malade, mettra la vessie à l'abri de toute contamination possible par le bacille de Koch, mais vous n'êtes autorisés à pratiquer l'ablation totale du rein qu'après vous être assurés de l'existence, du bon fonctionnement et de l'intégrité du rein opposé. Je n'ai pu sentir le rein gauche par la palpation, mais j'ai vu au cystoscope l'orifice de l'uretère gauche et je l'ai vu s'entr'ouvrir plusieurs fois pour éjaculer une urine qui m'a paru limpide, le rein gauche existe donc. J'ai des raisons de croire à son bon fonctionnement, car l'analyse chimique des urines dénote l'absence d'albumine (27 grammes d'urée par vingt-quatre heures et 15 grammes de chlorures). En outre, l'injection intra-musculaire de bleu de méthylène, suivant la méthode d'Achard et Castaigne, a donné des résultats satisfaisants ; le bleu est apparu dans les urines dès la première demi-heure, avec un maximum vers la deuxième heure, et l'élimination du bleu a demandé vingt-quatre heures au moins. Ce malade est donc dans les conditions les meilleures pour subir la néphrectomie qui me paraît ici le traitement de choix.

L'opération a eu lieu le 19 novembre, sans aucun incident opératoire. L'uretère a été sectionné entre deux pinces pour éviter d'ensemencer le champ opératoire, puis lié au catgut et sa surface de section carbonisée au thermocautère. Le pédicule vasculaire a été lié au fort catgut. Réunion par première intention avec drainage au voisinage de l'uretère.

III. — Rétrécissement de l'urètre et hypertrophie de la prostate

Ce malade est un de nos plus vieux et plus anciens clients ; il a actuellement soixante-quatorze ans. Il est entré dans le service à plusieurs reprises. Il a une hypertrophie de la prostate et en même temps un rétrécissement de l'urètre périnéal. Ce rétrécissement est d'origine blennorrhagique, sa cause remonte assez loin, cet homme ayant eu sa dernière blennorrhagie il y a plus de trente ans.

Urétrotomisé il y a trois ans, ce malade alla très bien pendant dix-huit mois parce que, soucieux des conseils que nous lui avions donnés, il venait tous les mois environ à la consultation externe où on lui passait dans l'urètre une bougie en gomme n° 19. Mais depuis bientôt deux ans ce vieillard se néglige, son urètre s'est rétréci à nouveau, sa vessie s'est fatiguée d'avoir à lutter contre deux obstacles, hypertrophie de la prostate et rétrécissement, la miction est redevenue difficile, le jet filiforme, et tout cela rendait assez critique la situation du malade. Et de fait le calibre de l'urètre était très réduit, et ce n'est qu'après plusieurs séances de dilatation que l'externe du service a pu introduire une sonde dans la vessie et en a retiré 600 à 700 gr. d'urine purulente. Ce malade était donc très infecté. C'est ce qui en fait l'intérêt pour nous.

La dilatation a bien marché pendant un certain temps, j'avais recommandé qu'on la fît avec modération et en surveillant la température. Celle-ci restait normale lorsque, il y a cinq jours, le thermomètre marqua un soir 38°5. Que s'était-il passé ? Une séance de dilatation avait eu lieu le matin, mais l'élève avait sans doute passé un trop grand

nombre de Béniqués, il en était résulté une élévation de température et une dysurie très marquée. C'est ce fait-là qui est intéressant.

Lorsque vous soumettrez un retréci au traitement par la dilatation, rappelez-vous que la dilatation doit être « dosée comme un médicament », suivant l'expression de M. GUYON. La bougie agit par contact et non par force. Son contact provoque une réaction particulière qui ramollit les parois du rétrécissement. La miction qui suit une séance de dilatation bien conduite est un peu plus gênée que les mictions antérieures, mais aux mictions suivantes le malade urine mieux qu'avant le passage des bougies et ce résultat se maintient un ou deux jours. Mais si vous dépassez la dose acceptable par l'urètre, si vous passez un trop grand nombre de bougies et surtout si vous employez la force, alors la réaction est trop vive, la miction est non seulement plus difficile mais parfois impossible, et si le malade est infecté, il survient de la fièvre.

C'est ce qui est arrivé chez ce vieillard, les séances antérieures de dilatation avaient été bien supportées, mais la dernière a provoqué de la fièvre et de la dysurie. La dose tolérable de manœuvres urétrales pour cet urètre de vieux rétréci infecté a été dépassée, non comme force, car l'élève m'a dit n'en n'avoir pas employée, mais comme nombre d'instruments introduits. Aujourd'hui, tout est rentré dans l'ordre, grâce au traitement. Nous avons employé la quinine, les laxatifs, les boissons délayantes, le repos au lit et surtout nous avons introduit et laissé une sonde de petit calibre, ce qui a permis la désinfection de la vessie par des lavages quotidiens avec la solution de nitrate d'argent à 1/1000.

Chez notre malade, la dilatation était terminée, car on lui passait du 42 Béniqué. Mais si cet incident était survenu au début du traitement, alors que l'urètre était très étroit, je n'aurais pas hésité à faire une nouvelle uréthrotomie interne. Il n'y a pas en effet, de plus puissant antithermique pour des malades de ce genre que le drainage continu de la vessie par une sonde bien placée. Celle-ci préserve complètement l'urètre du contact des urines et de leurs toxines et elle empêche leur séjour dans la vessie, ce qui décongestionne admirablement les reins.

IV. — Pyonéphrose tuberculeuse du rein droit

Ce jeune homme de 18 ans est dans le service depuis un mois. Son histoire a quelque ressemblance avec celle du tuberculeux dont nous venons de vous entretenir. Depuis six mois, mictions d'abord fréquentes, puis un peu douloureuses. Au début, quelques petites hématuries insignifiantes, depuis six mois les urines étaient troubles et purulentes.

Lors de son entrée, l'appareil génital était intact, la vessie relativement peu sensible, mais le rein droit était volumineux, descendant jusqu'à l'ombilic et impossible à délimiter en haut. Aucune douleur de ce rein, ni spontanée, ni à la pression. Avec cela état général excellent, aspect de santé florissante, un appétit robuste, une apyrexie absolue. Aucun antécédent héréditaire ni personnel de tuberculose, pas de gonococcie à invoquer.

L'examen bactériologique des urines, fait à plusieurs reprises, donna toujours les mêmes résultats négatifs ; abondants globules de pus, *pas de microbe.*

Cette absence de tout microbe dans une urine purulente a sa signification, elle nous a fait penser à la tuberculose. Si la constatation du bacille de KOCH a une valeur absolue, par contre l'absence, dans une urine purulente, de tout microbe, quel qu'il soit, a une valeur considérable. Chaque fois qu'il nous revient du laboratoire des analyses portant la mention : urines purulentes, aucun microbe, nous inscrivons provisoirement le diagnostic de tuberculose, et ce diagnostic se confirme le plus souvent par la suite.

Au n° 11, est couché un malade de 55 ans qui a eu autrefois des hématuries et dont les urines sont actuellement purulentes. L'analyse bactériologigue donne : urines purulentes, pas de microbes, cela nous suffit pour présumer que cet homme doit avoir une tuberculose urinaire — même réflexion pour le malade couché au numéro 6.

J'ai fait à notre malade une néphrotomie. Le rein droit, très volumineux, n'était qu'un assemblage de poches remplies de pus, que j'ai incisées au bistouri ; j'ai détruit les cloisons intermédiaires pour ne laisser qu'une cavité unique et j'ai drainé.

Pourquoi donc une néphrotomie chez ce malade, et une néphrectomie chez l'autre ? La néphrotomie est en général une mauvaise opération dans la tuberculose rénale, son action n'est que palliative, et le rein reste presque toujours fistuleux. C'est cependant la seule opération permise quand le chirurgien n'est pas fixé sur l'intégrité et la valeur fonctionnelle du rein opposé. Or nous n'étions nullement fixé sur l'état du rein gauche de notre malade. L'état de la vessie nous interdisait l'emploi du cystoscope. L'analyse chimique donnait bien 19 grammes d'urée et 8 grammes 50 de chlorure par vingt-quatre heures, mais l'injection de bleu de méthylène provoquait une élimination du bleu fort sujette à caution. Le bleu apparaissait bien dans les urines dès la première demi-heure après l'injection, mais son élimination était terminée après six heures.

Sans accorder au mode d'élimination du bleu pris en injection sous-cutanée une importance de premier ordre, il faut tenir grand compte de ce moyen d'investigation au point de vue de la valeur du filtre rénal. Nous disons couramment dans ce service qu'un malade a un mauvais rein lorsque le bleu apparaît tardivement dans les urines ou encore quand son élimination dure plus de quarante-

huit heures, à plus forte raison si le bleu n'apparaît pas du tout dans les urines. Je vous engage à vous méfier aussi lorsque l'élimination du bleu, tout en étant très accusée, comme chez ce malade, est terminée en cinq ou six heures ; cette élimination rapide doit vous faire craindre une dégénérescence épithéliale du rein.

C'est parce que le bleu s'était éliminé trop rapidement chez ce malade que je n'ai pas cru devoir lui enlever son gros rein. En le néphrotomisant et en drainant bien son bassinet par la plaie, j'avais des chances de dériver toutes les urines du rein ouvert et d'apprécier, par l'examen des urines de l'autre rein émises par la vessie, la valeur du rein supposé sain.

Je suis actuellement fixé sur l'état de ce rein, il me paraît suffisant pour assurer à lui seul la dépuration urinaire et j'ai l'intention de soumettre prochainement ce malade à une néphrectomie secondaire. Au point de vue opératoire, celle-ci sera certes plus difficile qu'une néphrectomie primitive, mais elle sera entreprise dans des conditions de sécurité qu'il faut toujours rechercher en chirurgie rénale.

La néphrectomie fut difficile à cause du volume et des adhérences du rein malade. Il a fallu la faire par le procédé sous-capsulaire d'Ollier. Il n'y a eu aucun choc opératoire, la secrétion urinaire fut normale dès le deuxième jour.

L'OBSTÉTRIQUE A LA CAMPAGNE :

A propos d'un cas d'hydrocéphalie

PAR LES DOCTEURS

H. Delbecq, de Gravelines (Nord), ET **V. Letailleul**, d'Oye (Pas-de-Calais).

Les cas d'hydrocéphalie sont chose rare dans la pratique obstétricale. Si pour s'en faire une idée on se rapporte aux statistiques des différents auteurs qui ont traité cette question, on trouve des chiffres qui varient depuis 1/900 jusque 1/4000 comme le montre le tableau suivant extrait du livre de M. le professeur Charpentier :

Merriman....	900 accouchements	1 cas d'hydrocéphalie			1/900
Lachapelle..	13.553	»	15 cas	»	1/2904
Macdonald.. / Ramsbotham	3.000	»	1 cas	»	1/3000
Kucher......	12.000	»	3 cas	»	1/4000
Lever.......	4.666	»	1 cas	»	1/466

M. Charpentier, se basant sur son expérience personnelle tant dans sa pratique que dans ce qu'il a observé pendant son clinicat, tend à admettre la proportion de Merriman, soit 1/900.

Cet écart entre les différentes proportions peut, semble-t-il, s'expliquer par le fait suivant, c'est que certaines statistiques émanent d'hôpitaux où se présentent tous les accouchements bons ou mauvais et d'autres de clientèles où le médecin n'est appelé que pour terminer des accouchements, devant lesquels sages-femmes ou matrones se déclarent impuissantes.

Quant à ma pratique personnelle, depuis tantôt quatorze ans que j'exerce, je n'ai rencontré que trois cas d'hydrocéphalie. Les deux premiers concernaient des épanchements peu abondants qui restèrent justiciables d'une application de forceps. L'un de ces enfants survécut quatre mois, l'autre 22 mois. Le troisième cas fut de beaucoup le plus grave et mérite, croyons-nous, une relation détaillée pour diverses raisons que nous examinerons après l'exposé de l'observation.

Observation. — Le 10 août, à dix heures du soir, Mme A. G..., demeurant à Vieille-Eglise, à 11 kilomètres de Gravelines, me fait appeler auprès d'elle pour un accouchement qui, commencé la veille au matin, semble ne pas devoir se terminer spontanément. Mme A. G... est âgée de vingt-deux ans et demi. Elle a déjà deux enfants qui ont été mis au monde par le docteur Letailleur. Le premier, une fille, est né le 10 avril 1899. Cette première grossesse, dont l'évolution a été normale, s'est accompagnée de dégoûts, de nausées, et d'une douleur intermittente de la jambe gauche.

L'accouchement a été normal et rapide. Pas de suites de couches. Le deuxième enfant, un garçon, est né le 10 avril 1900, un an après exactement. La grossesse, normale également, a été beaucoup moins pénible. Pas de dégoûts ni de nausées, aucune douleur, accouchement et suites de couche comme pour la première grossesse.

La troisième grossesse, celle qui nous occupe, a été beaucoup plus pénible. La douleur de la jambe gauche qui s'était montrée au cours de la première grossesse a reparu, s'est accompagnée d'œdème des jambes, surtout à gauche, et de varices peu accentuées comme volume, mais très riches comme lacis de vaisseaux autour de la malléole externe gauche principalement. Depuis deux à trois mois, Madame A. G... ne peut plus supporter aucune odeur et se trouve très gênée de la respiration. Elle ressent des palpitations qui lui rendent pénible tout effort ou toute marche rapide. Depuis le 1er août principalement, cet état s'est accentué et les phénomènes de gonflement des jambes, de douleurs, de varices, sont devenus presque insupportables.

Madame A. G... est une femme de moyenne taille, aux hanches bien développées. Son père et sa mère sont encore vivants, elle-même s'est toujours très bien portée. Les poumons sont sains. Le cœur offre à la pointe un dédoublement marqué du premier bruit. Le ventre est très développé, mais il est difficile de juger exactement de son volume, car les premières douleurs, apparues la veille, le 9 août au matin, ont déterminé la rupture et l'évacuation complète de la poche des eaux avant midi. Depuis les douleurs ont complètement disparu et l'enfant ne remue plus. Le palper permet de reconnaître, à cause du peu d'épaisseur de la paroi abdominale, un siège en haut et à gauche, à droite des pieds, et en bas une masse dure et ronde qui doit être la tête, peu engagée, si elle l'est, au détroit supérieur. L'auscultation ne permet pas de percevoir en aucun point les battements fœtaux. En excitant le fœtus, on n'arrive à percevoir aucun mouvement actif et on ne provoque aucune douleur.

Le toucher permet de constater un col dilaté comme la paume de la main, complètement effacé et très haut.

Aucune partie fœtale n'est engagée. En déprimant fortement le périnée, on arrive sur une partie fœtale lisse, osseuse, au-dessus de laquelle on perçoit une poche fluctuante. En suivant vers la gauche le rebord osseux, on aboutit à une dilatation de cette poche. Etant donnés les résultats de l'examen externe, on pense à une suture sagittale et à une fontanelle distendues par un épanchement intra-crânien.

Dans ces conditions, en tenant compte : 1° du fait que les deux premiers accouchements ont été normaux et plutôt rapides avec des enfants de six à sept livres environ; 2° de la rupture prématurée de la poche des eaux ; 3° de la dilatation du col ; 4° de l'absence de toute douleur depuis trente-six heures chez une femme dont le bassin est normal, on conclut qu'il s'agit d'une tête trop grosse, rendue trop grosse, probablement par un épanchement de la cavité crânienne. Le fœtus serait hydrocéphale.

Lorsque le diagnostic est fait, il est minuit, je suis à onze kilomètres de chez moi, sans autre ressource qu'un forceps Tarnier, une douche en caoutchouc, ma trousse de poche et du sublimé. Dans la maison on manque plutôt de linge, on a comme eau, de l'eau du fossé peu propre ; et comme éclairage, des chandelles. Malgré les trente-six heures écoulées depuis la rupture de la poche des eaux et la cessation du travail, et puisque la patiente ne souffre pas, et que le fœtus présente les signes de la mort intra-utérine, je remets au lendemain, à 8 heures du matin, l'intervention nécessaire pour terminer cet accouchement.

Le 11 août, mon confrère, M. le Dr Letailleur, d'Oye, examine avec moi la malade, nous sommes d'accord sur la diagnostic ; et nous procédons à l'extraction de l'enfant de la façon suivante. La malade n'est pas chloroformée, à cause de l'état défectueux de son cœur.

Le toucher vaginal conduit, comme nous l'avons déjà dit, sur une partie osseuse, qui est sans doute le pariétal gauche du fœtus.

Pour arriver à faire la ponction dans les meilleures conditions possibles, nous nous proposons de faire une application oblique de forceps, de façon à amener dans l'axe du vagin la fontanelle postérieure, ou tout au moins la suture sagittale distendue par le liquide.

L'introduction de la cuiller gauche du forceps est relativement facile, mais la direction que prend la branche indique immédiatement qu'on est en présence d'une tête énorme, et que l'introduction de la seconde branche ne sera pas aisée. En effet, après quelques difficultés grâce au maintien de la tête à travers la paroi abdominale, la seconde branche du forceps est placée, mais l'articulation qui doit se faire dans le vagin est rendue pénible par la situation respective des branches qui sont presque perpendiculaires. Il est impossible de se servir de la vis de pression qui est remplacée par l'action d'une main vigoureuse.

C'est dans ces conditions qu'un mouvement de rotation est enfin obtenu et que la fontanelle postérieure, étant alors dans l'axe du vagin, la ponction est faite facilement. L'eau s'écoule, la vis de pression du forceps peut être utilisée ; la tête se vide en grande partie. Lorsque ce temps est presque achevé on se rend compte facilement que le forceps n'a plus de prise et dérapera à la première traction. Deux moyens s'offrent alors pour achever l'accouchement : Va-t-on appliquer le céphalotribe de Bailly, ou va-t-on faire la version ?

Le céphalotribe est un instrument brutal. Son épaisseur, les défenses dont sont armées ses cuillers, le peu de place dont on dispose, nous ont déterminés au début à recourir plutôt au forceps Tarnier qu'au céphalotribe. Actuellement la mobilité de la tête, qui est encore au détroit supérieur, l'absence absolue de contractions utérines, nous fait préférer la version.

J'arrive facilement avec la main gauche à saisir les pieds du fœtus, la version s'opère sans difficulté. La tête est amenée rapidement de l'occiput au pubis, et l'extraction, un peu retardée à cause de l'absence de contractions utérines, s'effectue par la manière de Mauriceau. L'arrière-faix est presque aussitôt expulsé, et un peu de massage utérin nous donne la rétraction utérine nécessaire pour être en sécurité contre l'hémorragie immédiate.

L'intervention a duré vingt minutes.

Lavage de l'utérus et du vagin par des injections au sublimé d'abord, à l'eau bouillie ensuite. Les suites de couches du côté utérin sont absolument normales. Mais le cinquième jour la patiente fut prise d'un violent point de côté à gauche, avec élévation légère de la température : 38° 5. L'auscultation révèle de la submatité du lobe inférieur gauche du poumon et une zone de râles sous-crépitants fins. Au dessus, pas de souffle, au dessous, absence de murmure vésiculaire, pas de souffle. L'état du cœur est encore presque aussi défectueux que le premier jour. Le diagnostic est : embolie pulmonaire. Le lendemain, sous l'action de cataplasmes sinapisés et de quelques granules de digitaline, l'état général de la malade s'est remonté. La température atteint néanmoins 39°.

Comme un léger liseré se montre aux gencives, bien qu'il n'y ait ni salivation, ni preuve certaine d'hydrargyrisme, l'état utérin étant tout-à-fait satisfaisant, les injections sont données avec de l'eau bouillie seulement. Les jours suivants, l'état va s'améliorant. La température s'abaisse, et les phénomènes pulmonaires se dissipent graduellement. Le douzième jour la malade est revenue dans son état normal. La guérison se maintient complète.

L'examen du fœtus nous a donné comme dimensions de la tête : diamètre antéro-postérieur, 0,21 centimètres : diamètre bi-pariétal, 0,19 centimètres ; tour de tête, 0,58 centimètres.

Si cette observation peut offrir quelque intérêt au point de vue de la rareté relative des cas d'hydrocéphalie, elle ne laisse pas d'en offrir également à d'autres points de vue.

Tout d'abord elle prouve que dans les milieux apparemment les plus dénués de ressources, on peut arriver à mener à bien des interventions gynécologiques graves :

En effet, il a suffi de prendre les précautions suivantes pour éviter toute complication du côté d'un utérus épuisé par une grossesse fatigante, par une rupture prématurée de la poche des eaux et par une intervention longue et pénible. La douche d'Esmarck dont on se servait était plongée, douche canule, caoutchouc, dans une grande marmite d'eau et portée à l'ébullition pendant une heure. Personne autre que mon confrère ou moi n'y touchait et lorsque l'eau bouillie pour les injections était préparée avec une scrupuleuse attention ; après une sévère désinfection des mains, nous extrayons de sa marmite notre injecteur aseptique qui y rentrait aussitôt après l'injection donnée.

La complication due à l'embolie est instructive elle aussi.

Cette embolie peut être attribuée à l'état défectueux, soit de la circulation, vénérien, soit du cœur lui-même. Cette malade avait un état variqueux tout spécial, de l'œdème des jambes, disparaissant avec l'obstacle qui l'avait créé. Elle avait souffert beaucoup de sa jambe

gauche ; n'avait-elle pas eu là une phlébite qui aurait causé cette embolie ? D'autre part le cœur est en mauvais état et semble y être depuis plusieurs semaines. Mais depuis dix jours, avant l'accouchement surtout, il y a des phénomènes intenses d'oppression. De plus cette embolie ne se produit que le cinquième jour, brusquement, lorsque la malade, malgré de vives recommandations, commence à se fatiguer du séjour au lit et se donne du mouvement.

Quelle que soit la cause de cette embolie, le fait intéressant est que les accidents pulmonaires ont pu évoluer sans retentissement grave sur l'état général bien qu'alors l'antisepsie eût été supprimée pour être remplacée par une asepsie difficile peut-être, mais possible à réaliser dans un milieu défectueux à plus d'un titre.

Mais le côté le plus intéressant de cette observation nous semble être la méthode suivie pour arriver au résultat.

En effet, dans le cas présent, on ne pouvait songer à faire la version primitive et la ponction par le canal rachidien pour vider la tête et l'extraire ensuite. La poche des eaux était, au moment de l'intervention, rompue depuis 44 ou 45 heures, l'utérus absolument vidé de tout liquide. Le volume exagéré de la tête eût rendu presque impossible l'introduction de la main gauche pour aller à la recherche des pieds et, ceux-ci atteints, on pouvait à bon droit considérer comme extrêmement difficile au moins l'évolution intra-utérine du fœtus.

Dans ces conditions, à quel instrument recourir ?... Nous ne disposions que du céphalotribe de Bailly et du forceps de Tarnier.

L'indication première qui se présente est d'amener dans l'axe du vagin une partie accessible à la ponction. Pour ce faire, le forceps semble devoir suffire et point ne semble être besoin de recourir à l'instrument, si utile sans doute, mais quelque peu brutal qu'est le céphalotribe. Le peu d'épaisseur des cuillers du forceps l'absence des défenses dont sont garnies celles du céphalotribe, nous font préferer cet instrument qui peut éviter à la patiente des contusions graves du tissu utérin. Nos prévisions sont réalisées et la tête évolue de façon à permettre la ponction.

Dès lors la question qui se pose est la suivante : Comment extraire le fœtus ? Trois manières se présentent : 1° Application de forceps ; 2° Application de céphalotribe ; 3° Version. Il est facile de se rendre compte que le forceps tel qu'il est appliqué après l'évacuation du liquide dérapera à la première traction. Il faut donc le retirer pour le réappliquer.

Les raisons qui militent contre le forceps sont celles qui nous font rejeter également le deuxième mode d'extraction, le céphalotribe. En effet, s'il est facile maintenant d'introduire les branches de ces instruments, il faut tenir compte des deux obstacles suivants :

1° La tête est encore mobile au détroit supérieur et l'utérus ne se contracte pas.

2° La grande quantité du liquide évacué, l'impression que donne la traction légère faite sur le forceps, font craindre que les os du squelette de la tête ne soient trop mobiles pour donner une prise assez sérieuse pour permettre l'extraction de la tête.

Dans ces conditions nous tombons d'accord, mon confrère et moi, pour substituer à l'instrument mécanique aveugle et quelque peu brutal, l'instrument intelligent et forcément plus doux qui est la main, et nous recourons à la version.

Celle-ci, en effet, ne peut nous offrir qu'une difficulté, l'extraction de la tête. Or, cette difficulté doit être considérée comme négligeable par suite de la mobilité des fragments du squelette, mobilité qui est l'obstacle le plus grand à l'application du forceps ou du céphalotribe.

Dans le cas présent, nous n'avons eu qu'à nous louer de la décision prise.

Loin de nous la pensée de vouloir d'un seul fait, conclure à la généralité. Mais nous avons tenu à apporter l'observation d'un résultat heureux, obtenu dans des conditions de milieu et de sujet plutôt défavorables et contribuer, dans l'humble mesure de modestes praticiens, à la solution encore pendante d'un problème gynécologique grave.

Consultations Médico-Chirurgicales

L'ANESTHÉSIE DANS L'EXTRACTION DES DENTS

Dr Caumartin.

Informations et indications cliniques. — L'extraction d'une dent est, excepté dans des circonstances particulières rares, douloureuse ; l'extraction de plusieurs dents en une même séance, est chose encore plus douloureuse. On ne discute plus actuellement sur la nécessité, dans la majorité des cas, de supprimer ou d'atténuer cette douleur. Il y a donc très souvent lieu, pour l'extraction des dents, même dans la clientèle rurale, d'avoir recours à l'anesthésie ; cette anesthésie peut se faire locale ou générale.

Traitement. — A. Anesthésie locale. — C'est la méthode à employer dans la grande majorité des cas.

Parmi les anesthésiques locaux, les uns agissent par refroidissement, en application externe ; le meilleur est le chlorure d'étyle. Les autres, en solution, sont injectés dans les tissus : la cocaïne, l'eucaïne, le gaïacol, la nirvanine, sont les principaux.

a) **Chlorure d'éthyle.** — On le trouve dans le commerce en tubes fermés à la lampe ou munis d'un couvercle qui permet de conserver ce qui n'a pas été employé. Pour les

extractions dentaires il est préférable de choisir les tubes à extrémité recourbée qui permettent de projeter le chlorure d'éthyle sur les dents du fond de la bouche.

Avant de s'en servir, il faut à l'aide d'un tampon d'ouate hydrophile **sécher la gencive** tout autour de la dent à extraire et la **maintenir bien sèche**. Puis, on cherche à **projeter le chlorure d'éthyle** sur la face interne et sur la face externe de la gencive sur toute la hauteur des racines de la dent, **jusqu'à ce que la gencive devienne blanche** ; on continue encore pendant quelques secondes et on fait l'extraction sans perdre de temps, car l'**anesthésie est très courte**.

Le chlorure d'éthyle donne surtout de bons résultats dans l'extraction des dents de lait, et des dents antérieures. Dans les cas de périostite, c'est l'anesthésique local qui réussit le moins mal.

b) **Chlorhydrate de cocaïne.** — C'est l'anesthésique local de choix ; mais, pour en tirer tous les avantages, il faut l'employer suivant des règles bien déterminées.

I. — α) Il faut l'employer d'une façon générale **chez les adultes** ; chez l'adulte, en effet, toutes les dents sont justiciables de l'extraction à la cocaïne. Mais le succès est surtout complet pour l'extraction des **racines mortes** qui ont perdu leurs attaches nerveuses.

β) Il ne faut pas l'employer dans les cas suivants :

La **périostite alvéolo-dentaire** aiguë est, sinon une contre-indication, tout au moins une cause d'insuccès partiel, car la cocaïne agit mal sur les tissus enflammés. Elle ne donne également qu'une partie de ses effets dans l'extraction des **dents de sagesse**, surtout à la mâchoire inférieure, parce que le liquide fuse facilement dans le tissu cellulaire environnant. Les **lésions cardiaques**, la grande **émotivité** du patient doivent en faire rejeter l'emploi. **Chez les enfants enfin, n'employez pas la cocaïne.**

II. — Ayez une **bonne seringue** ; les seringues ordinaires ne suffisent généralement pas : excellentes pour l'injection sous-cutanée, elles ne valent rien pour l'injection intra-gingivale et laissent refluer le liquide au-dessus du piston. Il est bon que la seringue soit **munie de deux ailettes solides** qui serviront de points d'appui à l'index et au médius, car il faut une grande force pour faire pénétrer le liquide, surtout dans la muqueuse palatine. **L'aiguille sera vissée** sur le corps de pompe pour éviter sa chute dans la bouche ; d'un calibre étroit pour que la douleur de la pénétration soit moindre et pour que l'injection se fasse progressivement.

Ayez une **solution au centième, fraîchement préparée** ; le meilleur moyen est de la préparer extemporanément.

Le patient ne doit pas être à jeun. Son dernier repas doit remonter à trois ou quatre heures et s'il vient sur rendez-vous, vous lui conseillerez de **prendre du café immédiatement avant l'opération**.

L'idéal serait de l'opérer dans la **position horizontale**, mais ce n'est guère pratique au moins pour le médecin qui ne dispose pas d'un fauteuil renversable, en outre cette position rend l'extraction plus difficile, surtout à la mâchoire inférieure.

Pour rendre la piqûre moins douloureuse, projetez un peu de chlorure d'éthyle ou comprimez assez fortement la gencive au niveau du point où vous allez introduire l'aiguille. Puis **introduisez l'aiguille flambée**, d'abord en dehors, dans la gencive, parallèlement à la racine de la dent, en ayant soin de **ne pas toucher le périoste** et poussez l'injection ; la gencive blanchit. Pratiquez une ou deux autre injections au voisinage, de façon à ce que toute la partie externe de la gencive, circonscrivant la dent, soit blanche. Attendez une minute avant de répéter la même manœuvre à la partie interne et **surveillez votre patient : s'il doit se produire quelque malaise vous le constaterez déjà.**

Vous aurez employé un centimètre cube de la solution, c'est-à-dire **un centigramme de cocaïne ; la dose suffisante pour extraire sans douleur une dent ou plusieurs racines voisines.** L'injection aura duré deux ou trois minutes ; attendez encore trois minutes.

Dites au patient qu'il sentira la pénétration des mors du davier, l'effort que vous ferez pour extraire la dent, mais qu'il n'éprouvera pas de douleur. Si l'injection a été faite avec soin **l'extraction sera vraiment indolore.**

III. — *Les accidents* provoqués par l'injection de cocaïne faite dans ces conditions seront extrêmement rares et toujours bénins. Si le malade pâlit, couchez-le aussitôt, rassurez-le, faites-lui respirer du **nitrite d'amyle** et tout rentrera dans l'ordre. **Il ne faut jamais dépasser une dose totale de deux centigrammes dans la même séance.**

c) **Eucaïne, nirvanine, gaïacol**. — Il faut **s'en tenir aux deux anesthésiques locaux habituels**, bien que les suivants soient dignes d'études.

L'eucaïne a donné également de bons résultats, mais elle n'est pas entrée dans la pratique.

La nirvanine procure une anesthésie aussi complète que la cocaïne, avec moins de danger d'intoxication.

Quelques séries d'expériences seulement ont été faites avec des résultats vraiment sérieux et mériteraient d'être reprises dans l'avenir.

Le gaïacol présente les mêmes avantages que la nirvanine, mais il a le grave inconvénient de provoquer souvent des eschares de la gencive ; en tout cas, il persiste au point où a été faite l'injection une induration qui peut rester longtemps douloureuse.

B. — Anesthésie générale. — En principe, on ne doit pas user trop facilement de l'anesthésie générale pour l'extraction des dents. Cette opération ne comporte générale-

ment pas l'urgence ni la difficulté, des vraies interventions chirurgicales. Aussi, plus que pour toute autre opération, faudra-t-il se placer dans les meilleures conditions possibles.

Donc, **on n'anesthésiera que des patients bien portants, exempts de toute tare organique.**

I. — Ce principe posé, on accordera l'anesthésie générale en se guidant sur les considérations suivantes :

a) *Le nombre de dents à extraire :* L'extraction d'un grand nombre de racines (au moins quatre, pour donner un chiffre), ne peut être faite qu'en plusieurs séances, même avec anesthésie locale : aux patients pusillanimes, qui ne se résoudraient que difficilement à l'extraction en plusieurs séances, on proposera l'anesthésie générale.

b) *La difficulté de l'extraction*, due soit au mauvais état des dents à extraire, soit à la contracture des mâchoires qui ne cède que très difficilement et au prix de douleurs intolérables chez un malade non endormi. C'est souvent le cas des dents de sagesse dont l'extraction, est alors difficilement supportable.

c) *La périostite alvéolo-dentaire aiguë*, qui rend illusoire l'anesthésie locale et donne à la douleur de l'extraction une acuité extrême, peut être une indication suffisante de l'anesthésie générale dans les conditions que nous avons indiquées. A plus forte raison *le phlegmon péri-maxillaire* qui nécessite, outre l'extraction d'une ou plusieurs dents, l'incision du foyer purulent.

II. — Les agents d'anesthésie générale pour l'extraction des dents sont les mêmes que pour toute autre opération : Le chloroforme, l'éther, le protoxyde d'azote, le bromure d'éthyle. Chacun de ces anesthésiques donne entre les mains des divers opérateurs des résultats excellents ; **le meilleur est celui avec lequel on est le plus familiarisé.**

a) **Chloroforme.** — L'administration du chloroforme ne présente rien de particulier. L'anesthésie doit être poussée jusqu'à la résolution afin qu'il n'existe **plus de contracture des mâchoires.**

Malgré cela, ayez la précaution de vous munir d'un **ouvre-bouche.**

Le principal accident spécial qui puisse se produire est la chute d'une dent dans les voies aériennes. Pour l'éviter, **suivez toujours l'instrument avec l'index de la main gauche**, qui maintient chaque dent entre les mors du davier dès qu'elle est luxée.

b) **Ether.** — Les indications, les contre-indications, les précautions à prendre sont les mêmes que pour le chloroforme. C'est une question de préférence et d'habitude.

Un des grands avantages de l'éther dans ce cas particulier est de permettre d'opérer le malade dans la **position demi-assise.**

c) **Protoxyde d'azote.** — Cet anesthésique convient aux opérations courtes, l'extraction d'une ou quelques dents ou racines, cinq ou six au maximum.

d) **Bromure d'éthyle** : — Comme le protoxyde d'azote auquel il tend à se substituer, le bromure d'éthyle ne donne qu'une anesthésie de courte durée.

Avant de commencer, ayez la précaution de placer l'ouvre-bouche, car **la contracture des muscles masticateurs persiste malgré l'anesthésie.**

e) **Chlorure d'éthyle** : — Cet anesthésique fait depuis quelque temps l'objet d'expériences qui paraissent concluantes. L'anesthésie qu'il procure est également de courte durée.

Il convient d'attendre, pour être fixé sur sa valeur, qu'il ait été plus longtemps étudié.

En résumé, dans la grande majorité des cas, l'anesthésie locale à la cocaïne est la méthode de choix.

L'anesthésie générale sera réservée aux extractions nombreuses ou difficiles.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 27 Décembre 1901

Présidence de MM. Curtis et Dutilleul.

Gangrène cutanée hystérique

M. Charmeil présente deux jeunes filles atteintes de gangrènes disséminées de la peau d'origine hystérique. A ce sujet, il rappelle, dans une importante communication, l'état actuel des connaissances scientifiques sur ces lésions, rares d'ailleurs, car il n'y en a guère qu'une trentaine de cas publiés. Indépendamment des malades qu'il montre, M. Charmeil en connaît une troisième qu'il suit depuis longtemps et qui, outre des manifestations du côté de la peau, en a eu également au niveau des muqueuses buccales, laryngée et gastrique.

Chez les jeunes filles qui font l'objet de cette présentation, il existe au niveau du thorax, en avant, et au niveau des membres supérieurs, des plaques nombreuses, à différentes étapes de développement ; les unes sont érythémateuses, d'autres ulcéreuses, d'autres enfin cicatricielles. L'idée d'une simulation doit être totalement mise de côté. Dans cet ordre d'idées, M. Charmeil passe en revue ce que l'on a dit pour et contre la simulation. Il aboutit à la conclusion qu'elle n'a rien à faire dans bon nombre de faits et qu'il s'agit ici d'une angionévrose hystérique, de connaissance relativement récente. Le traitement suggestif est évidemment le seul qui puisse être utilement employé *(Sera publié in-extenso).*

M. Ingelrans signale une malade similaire qu'il a observée en 1897. C'est une jeune fille de 17 ans,

qui, depuis l'instauration des règles, avait, à l'occasion d'émotions un peu vives, des plaques symétriques de gangrène cutanée au niveau de la face et des membres. La marche de la lésion était des plus rapides. En quelques heures, les taches érythémateuses se transformaient en bulbes ; puis l'épiderme soulevé se détachait et laissait à nu le derme qui ne se cicatrisait qu'en une semaine environ, sans aucune trace d'ailleurs. Aucune simulation n'était à soupçonner ; la malade présentait de temps à autre des plaques dont elle ignorait elle-même l'existence. Un traitement par le bleu de méthylène fit disparaître ces phénomènes qui n'ont plus reparu depuis quatre ans. Cette jeune fille a des stigmates d'hystérie.

M. Surmont a vu, avec **M. Patoir**, une jeune fille présentant des lésions cutanées plus profondes, entamant toute l'épaisseur du derme et laissant des cicatrices. Elles siègeaient à l'épigastre. L'hydrothérapie les a totalement fait disparaître. Ce cas, rapproché de celui de M. INGELRANS, donne à penser que le pronostic est moins mauvais qu'on pourrait le croire.

M. Dutilleul connaît égalemement une jeune hystérique offrant des lésions symétriques de gangrène cutanée aux avant-bras, à la suite de violentes colères et d'émotions. Ces lésions laissent à leur place des cicatrices brunâtres.

M. Charmeil ajoute que chez sa première malade, il semble y avoir eu, en même temps, coïncidence d'œdème bleu hystérique à un moment donné. Chez la troisième, il a vu des hémorrhagies d'origine stomacale et des lésions laryngées qui ont nécessité deux fois la trachéotomie.

M. Ingelrans rappelle une malade qu'on croyait atteinte d'ulcère stomacal à cause des hématémèses qu'elle présentait et chez laquelle M. COMBEMALE avait porté le diagnostic, vérifié d'ailleurs, d'hématémèses hystériques, sans ulcère rond proprement dit.

M. Surmont, à ce sujet, rappelle la fréquence de l'hystérie chez les sujets atteints d'ulcère de l'estomac.

M. Ingelrans signale l'opinion de GILLES DE LA TOURETTE qui faisait de l'ulcère gastrique une manifestation hystérique ; cette interprétation ne peut sans doute s'appliquer qu'à la minorité des cas, étant donné la fréquence de l'ulcère et la rareté des gangrènes cutanées hystériques.

M. Oui se demande si ces gangrènes ne sont pas moins rares qu'on ne le dit ; il est probable qu'un bon nombre sont méconnues ou inédites.

M. Patoir insiste sur la difficulté du diagnostic, en particulier avec les polynévrites accompagnées de troubles trophiques.

M. Charmeil croit que le diagnostic se fait aisément, d'une façon générale, car on ne voit pas ce avec quoi on pourrait confondre ces gangrènes.

Fibrome de l'utérus

M. Oui présente un volumineux fibrome de l'utésus, développé surtout dans le ligament large droit. Au-dessous de la coque périphérique se trouvent des noyaux, de consistance assez molle, qui pouvaient faire croire à une dégénérescence maligne. Il n'en est rien ; on a affaire à du fibro-myome pur.

THÉRAPEUTIQUE USUELLE

Moyen de reconnaître une bonne levure

D'après la *Revue médicale de Normandie*, la levure de bière est utile dans la furonculose, la fièvre typhoïde et les gastro-entérites des nourrissons.

Comment peut-on reconnaître une bonne levure d'une levure sans valeur ? Le procédé simple, donné par M. Jonisse dans la *Revue des sciences physiques*, consiste à soumettre à une température de 30 degrés 30 gr. d'une solution sucrée au 10e dans laquelle on aura mis 10 grammes de levure de bière. Une bonne levure fermentera au bout de 12 à 15 minutes au maximum.

Le médecin désireux de ne prescrire que des produits dignes de sa confiance fera aisément lui-même l'essai indiqué plus haut.

MOTS DE LA FIN

A LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT. — Le professeur, examinant une malade :

— Voilà un superbe bassin !

Un étudiant en sourdine. — Où l'on a mis des petits poissons.

Un autre étudiant. — Même que l'un d'eux a bien profité.

(Lyon Médical).

NOUVELLES & INFORMATIONS

A l'**Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France**, M. le Secrétaire général donne lecture de la lettre écrite à M. le Ministre de l'Intérieur pour lui notifier les modifications apportées aux statuts. Les termes de cette lettre sont approuvés.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. LIOUVILLE, BROUARDEL, SAINTON, BLACHE et LEREBOULLET, il est décidé que les statuts de l'*Association Amicale* et de la *Caisse des Retraites* seront publiés dans l'Annuaire et qu'un règlement intérieur fixera dans quelles conditions et dans quelles proportions des subventions pourront être accordées aux membres de ces œuvres de prévoyance.

M. LEREBOULLET donne lecture d'un projet de règlement

sur la tenue des assemblées générales et le mode de votation. Le projet sera imprimé et distribué aux membres du Conseil.

Au sujet de la représentation du Conseil général dans les Conseils de l'Amicale et de la Caisse des retraites, il est sursis à toute délégation jusqu'à ce que le Conseil général ait été complété par l'adjonction de nouveaux membres.

M. le Secrétaire Général propose pour les vacances au Conseil général divers membres de l'Association et demande que, dans la séance prochaine, le choix des candidats à présenter au vote de l'assemblée générale soit définitivement arrêté. (Adopté).

Le Conseil vote l'attribution à l'Association amicale pour l'indemnité-maladie du don de 3.000 francs fait par M. LANNELONGUE.

Sont nommés rapporteurs : MM. SAINTON (pensions viagères), MARTIN (vœux), DE RANSE (vérification des comptes), PÉRIER (Election du président).

Des subventions s'élevant à la somme totale de 1.300 fr. sont votées aux Sociétés du Gers, de la Savoie, de la Somme et de l'Yonne.

M. le Trésorier annonce qu'il a encaissé les 115.000 fr. provenant de la vente de la ferme de Montsoutin.

Erratum. — Nous avons commis dans notre dernier numéro l'erreur d'annoncer que M. le docteur RICHARD, professeur d'hygiène à l'Institut Industriel, avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur, alors que c'est M. le docteur RICHARD-LESAY, qui avait reçu cette distinction. L'homonymie et les excellents services militaires de nos deux confrères expliquent notre erreur ; nous prions nos lecteurs, et surtout nos confrères, de nous en excuser.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Ecole d'Amiens. — M. BERNARD, professeur d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine d'Amiens, est nommé professeur honoraire.

— Dans la liste des **Externes des Hôpitaux** de Paris récemment publiée, nous relevons avec plaisir le nom de M. DUBURQUE, étudiant, lauréat de notre Faculté.

UNIVERSITÉ DE PROVINCE

Lyon. — Ont été nommés après concours, chef de clinique obstétricale M. le docteur PLANCHU ; chef-adjoint M. le docteur VORON.

Angers. — M. le docteur BRIN est nommé professeur de pathologie externe, M. le docteur CARTHELET est chargé du cours de pharmacie et de matière médicale.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — M. le docteur CONAN, médecin de 1re classe de la marine, pour faits d'armes.

— Voici la liste des médecins et vétérinaires civils auxquels le ministre de la guerre a conféré, par décision du 4 janvier 1902, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent gratuitement, depuis un certain nombre d'années, soit aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles, soit aux chevaux de l'armée.

MÉDECINS. — *Lettre d'éloges officiels* délivrée après dix années au moins de soins gratuits : MM. les docteurs TIÉRY, à Orchies ; BRESSELLE, à Oisy-le-Verger ; DELPLANQUE, à Montreuil ; DUMONT, à Marquion ; HERNU, à Auchel ; ALEXANDRE, à Arques.

Médaille de bronze conférée après quinze années au moins de soins gratuits : MM. LARTISIEN, docteur à Denain : HEUTTE, officier de santé à Beaumetz-les-Loges ; HAVEZ, docteur à Bouchain ; BOULINGUEZ, docteur à Hénin-Liétard.

Médaille d'argent conférée après vingt années au moins de soins gratuits : MM. les docteurs PLERCHON, à Halluin ; GRUSON, à Marquise ; LEMAITRE, à Neufchâtel ; VILLETTE, à Dunkerque.

Médaille de vermeil conférée après vingt-cinq années au moins de soins gratuits : MM. JOLY, docteur à Fauquembergues ; DELEPOUVE, officier de santé à Heuchin.

BIBLIOGRAPHIE

Guide populaire d'hygiène. — Manuel de la santé publié par l'Office sanitaire de l'empire allemand, traduit d'après la huitième édition allemande, avec l'autorisation des auteurs, par le docteur J. CRYNS, médecin-légiste à Verviers (librairie Manceaux, Bruxelles, 1901).

La librairie Manceaux qui s'est fait une spécialité de présenter au public belge et français toute une série de traductions d'ouvrages étrangers, allemands ou anglais, consacrés par le succès dans leur pays d'origine, a eu l'heureuse idée de donner une traduction française du « Guide populaire d'hygiène, manuel de la santé », publié par l'office sanitaire de l'empire allemand... Cette traduction rendra les plus grands services, non aux médecins ou aux étudiants qui n'y trouveront que les rudiments des notions qu'ils doivent posséder, mais aux instituteurs, aux professeurs de cours d'adultes, à tous ceux, en un mot, qui ont le souci et la charge de faire pénétrer dans les milieux populaires les notions élémentaires de médecine et d'hygiène qui sont nécessaires à quiconque veut aujourd'hui se garantir lui-même et garantir les siens des mille *maux inévitables* qui menacent l'humanité. La pénétration de ces *notions élémentaires et capitales* dans les masses, aurait l'avantage aussi de les intéresser plus vivement à tout ce qui touche à la santé publique et à les amener à peser de tout le poids de l'opinion sur les pouvoirs publics si souvent eux-mêmes hésitants ou indifférents en ces matières.

Le « Guide populaire d'hygiène » est divisé en quatre parties. La première est consacrée à l'étude de l'*anatomie* et de la *physiologie élémentaire* de l'homme, la seconde à l'*hygiène individuelle :*

elle énumère successivement les choses nécessaires à l'entretien de la vie de l'homme et les précautions à prendre pour leur garder leur valeur hygiénique : ainsi sont étudiés successivement l'air, l'eau, la nourriture, le vêtement, l'habitation, l'activité et le repos. La troisième partie est consacrée à l'*hygiène sociale et publique*. Y sont étudiés successivement au point de vue de leur influence sur la santé, les agglomérations, les déplacements et voyages, l'éducation, enfin, dans un dernier chapitre — vocation et profession — sont indiqués les avantages et désavantages des diverses sortes d'occupation. La police sanitaire est ainsi étudiée au chapitre des voyages, l'hygiène scolaire à celui de l'éducation, l'hygiène industrielle à celui de la vocation. Cette disposition très simple met bien à leur place les différentes notions essentielles et facilite beaucoup la lecture de ces pages. La quatrième partie est consacrée à l'*hygiène prophylactique proprement dite* et les maladies à éviter sont divisées en quatre groupes : celles qui sont dues aux variations des conditions atmosphériques extérieures (chaud, froid, climats, saisons), celles qui sont dues aux agents infectieux, les autres maladies, les accidents. Le livre se termine par douze pages d'instructions concises aux gardes-malades.

Ce manuel présente ainsi, en 260 pages, un exposé des notions d'hygiène dont la connaissance est nécessaire à tous. Cet exposé est très concis, mais très clair ; des figures schématiques (au nombre de cinquante-sept) en facilitent encore la compréhension. Bien entendu, ce livre ne cache pas la gloire de la science et de l'hygiène allemande, bien au contraire ! on y peut lire, par exemple, p. 183 : « Les progrès faits par la science dans la connaissance des germes morbides ne remontent pas au-delà de quelques dizaines d'années : le mérite en revient principalement à R. Koch. » Comme cette courte phrase résume dans le livre tout l'historique de la microbiologie, il est évident que les lecteurs se figureront que Koch a absolument tout fait dans cette partie de la science contemporaine. Si cette façon d'écrire l'histoire ne peut être louée, il n'en reste pas moins que le « Guide populaire d'hygiène » constitue un ouvrage éminemment utile et il est tout à fait regrettable que le Comité consultatif d'hygiène publique de France, qui jouit d'une autorité incontestée, ne prenne pas l'initiative d'un Guide populaire français analogue. Nous n'en serions pas réduits à recommander une traduction allemande et un tel ouvrage ferait plus pour les progrès de l'hygiène dans le pays, que toutes les circulaires du ministre de l'intérieur et des préfets. Seul, chez nous, le comité consultatif représente l'autorité nécessaire pour écrire ce livre qui, pour être utile, c'est-à-dire discuté, doit être anonyme et émaner d'un corps dont la compétence soit reconnue de tous, le petit livre du docteur Bouloumié, sur les maladies inévitables, ne peut être considéré comme représentant, dans cet ordre d'idées, le maximum de l'effort utile possible pour le Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Dr H. Surmont.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

1re Semaine, du 29 Décembre au 4 Janvier 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	4
3 mois à un an	6	4
1 an à 2 ans	3	1
2 à 5 ans	3	»
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	»	3
20 à 40 ans	4	5
40 à 60 ans	12	10
60 à 80 ans	7	13
80 ans et au-dessus	3	4
Total	44	45

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	8
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	1	1	»	2	1	1	2	»	»	2	»	»	»	»	»	6	16	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	1	1	1	»	3	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	10	27
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	9	12	20
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	2	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	7	13
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	7	14	14
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	3	7	3
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	5
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	5	1	»	»	»	3	»	»	»	»	»	4	14	16
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	8
Total	»	»	»	1	2	2	»	8	19	7	5	»	»	8	»	1	»	»	»	36	89	127

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 262. Sixième Année. N° 3. Le Numéro : 10 centimes. 19 Janvier 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL SAINT-SAUVEUR

M. le Professeur **H. Folet**

Pylorectomie pour cancer ;
Santé parfaite de l'opéré au bout de dix-huit mois

MESSIEURS,

De notre temps, en chirurgie, il se faut bien garder de déclarer que quelque chose est impossible ; on risque trop d'être démenti par l'événement à plus ou moins brève échéance.

Je feuilletais, il y a peu de jours, un vieux livre : la *Médecine Opératoire* de MALGAIGNE, dont le professeur Léon LE FORT a, en 1877, donné une dernière édition. Léon LE FORT était un esprit critique, ouvert, ingénieux, nullement rebelle aux nouveautés. Il écrivait pourtant, dans une note de cette édition, les lignes suivantes empreintes d'une ironie qui vise à être sanglante :

« Lorsqu'on voulait, il y a une vingtaine d'années, se » jouer de la crédulité et de la naïveté d'un jeune camarade d'études, on lui racontait que tel chirurgien connu » pour ses excentricités opératoires (1), avait extirpé un » pylore cancéreux. Dans un recueil des plus sérieux, » *Les Archives de Langenbeck*, un chirurgien allemand, » GUSSENBAUER, étudie sérieusement les procédés applicables à la résection partielle de l'estomac cancéreux. » Jusqu'à présent il n'a pratiqué la résection que sur des » chiens ; mais la marche que suit depuis quelque temps » la chirurgie d'outre-Rhin autorise à prévoir que l'expérience ne tardera pas à être faite sur des Allemands » (2).

Eh bien ! la pylorectomie est aujourd'hui une opération non encore banale et courante (je doute qu'elle le devienne jamais, ni qu'elle soit un jour accessible à tout praticien) ; mais enfin cette opération, si dédaigneusement proclamée impraticable, elle se fait; parfois, avec une facilité et une bénignité remarquable et au plus grand bénéfice des malades. L'homme que voici, et qui l'a subie il y a un an et demi, en est une preuve vivante.

Cet homme, qui vient nous faire aujourd'hui une visite de reconnaissance, plusieurs d'entre vous l'ont vu opérer en juin 1900. Mais combien il est intéressant de revoir ces opérés après de longs mois, au point de vue du succès thérapeutique. Je remets donc sous vos yeux son observation complète (3) :

Romain D..., âgé de 43 ans, de Saint-Martin-au-Laert,

(1) Dans l'esprit de LE FORT, ceci devait désigner MAISONNEUVE.

(2) Méd. opératoire de MALGAIGNE, 8e édition, par LE FORT, 1877, T. II, p. 420.

(3) Page 42 du cahier d'observations du service. 1900. Obs. rédigée par M. BRETON, interne.

m'est adressé par mon excellent et distingué confrère de Saint-Omer, le Dr Duval, mon ancien interne. Entré à l'hôpital Saint-Sauveur le 16 juin 1900, service de la clinique chirurgicale, salle Saint-Jean, no 12. Sans antécédents héréditaires; a éprouvé, il y a trois ans, des symptômes de dyspepsie et de gastrorrhée matinale : gastrite alcoolique. Le malade avoue « 2 ou 3 petits verres le matin », ce qui correspond, comme on sait, à une absorption double. L'apparition des phénomènes actuels remonte à janvier 1900. A partir de cette époque, au lieu des pituites matinales, des vomissements à allures spéciales se manifestent : Ils ont lieu *tous les trois, puis tous les deux jours*, laissant des trêves longues au malade. Ils se composent des aliments ingérés les jours de trêve ; le malade sent, dit-il, son estomac se remplir et il prévoit, eu égard à sa plénitude, le moment de l'évacuation. Les aliments de consistance molle sont mieux tolérés que les durs. Les mouvements brusques du sujet, l'inclinaison en avant, provoquent souvent les vomissements de façon prématurée. L'évacuation n'est pas douloureuse ; elle est précédée seulement d'une désagréable sensation de plénitude.

Pas de douleur en broche ; pas d'autres malaises. Jamais d'hématémèse ni de melœna. Constipation continue.

L'amaigrissement a vite accompagné cette symptomatologie évidemment indicatrice de sténose pylorique : Pesant 157 livres en novembre 1899, il ne pesait plus que 130 en mai 1900 et 100 la veille de l'entrée.

A l'examen du malade, on perçoit, à cinq centimètres environ de l'apophyse xiphoïde et un peu à droite, une tumeur très sensible à la palpation, assez mobile sous la pression des mains, de la dimension d'une petite mandarine.

On sent et on percute un estomac très dilaté, atteignant en sa grande courbure la région ombilicale.

Le bruit de succussion est entendu, après absorption de liquides : d'ailleurs, l'estomac emmagasine tous les aliments absorbés. Il suffit de secouer le malade, de donner quelques légères chiquenaudes sur la région stomacale, pour voir l'estomac se dessiner sous la peau, en ses mouvements péristaltiques. La douleur n'existe pas plus à la palpation que spontanément. Pas d'hypéresthésie cutanée, à peine quelque gêne pendant l'examen. Les troubles dyspeptiques sont devenus continus.

Pas de circulation collatérale de l'abdomen. Foie normal. Pas de ganglions sous-claviculaires, ni péri-sternaux. L'état général du malade est passable, sauf l'amaigrissement. Pas d'autres troubles. Pas de phlébite.

Je croyais à un de ces cancers à forme annulaire oblitérant d'emblée tout le calibre du pylore et amenant vite l'inanition. Cancer évoluant rapidement sur ce terrain préparé par l'irritation chronique due à l'alcool, puisque en cinq mois il donnait lieu à une tumeur de volume notable et qui vraisemblablement dépassait les parois de l'intestin.

La gastro-entérostomie me semblait nettement indiquée pour parer à l'inanition ; puis pour soulager le malade, car dans les cas de rétention stomacale par sténose pylorique, que cette sténose soit spasmodique ou organique, que les modifications du chimisme soient antérieurs ou consécutives à la sténose, l'estomac se comporte comme toutes les poches musculeuses munies d'un sphincter : quand il est mis au repos par l'opération, les douleurs cessent et la contraction sphinctérienne se relâche, en même temps que la rétention disparait. Enfin, l'intervention ralentirait peut-être la marche du néoplasme par la suppression *fonctionnelle* du pylore malade. J'espérais donc donner à ce malade, encore jeune, soulagement et survie. Mais je n'espérais guère pratiquer une opération radicale ; je n'y comptais pas le moins du monde.

J'ouvris le ventre, le 20 juin, par une large incision dont vous voyez la cicatrice. L'abdomen ouvert, je fus surpris, — et ravi, — d'amener au dehors, et avec une admirable facilité, non seulement l'estomac dilaté, mais aussi le pylore formant une tumeur grosse comme un très gros œuf, à surface séreuse lisse et d'aspect sain, le cancer n'ayant pas encore envahi le péritoine, ni retenti sur les ganglions voisins, ainsi que me le montra une exploration digitale minutieuse. Ce pylore était vraiment engageant et vous demandait en quelque sorte de l'enlever.

La gastro-entérostomie étant faite, comme j'ai l'habitude de la faire (gastro-entérostomie postérieure, transmésocolique), je posai deux clamps, l'un sur le duodénum, l'autre sur la petite extrémité de l'estomac, et je sectionnai l'estomac, puis le duodénum ; enlevant largement la masse néoplasique, l'incision portant en plein tissu bien sain. Un double étage de sutures ferma et la section stomacale et la section duodénale. Puis je refermai le ventre. L'opération avait duré une heure dix minutes.

L'opération a fortement choqué le malade, qu'on remonte avec injections de sérum, d'éther, de caféine. Il revint très vite à lui et, le lendemain matin, l'état était fort satisfaisant.

Les suites opératoires furent très simples. Pas de température au-dessus de 37°6. Pendant deux jours, alimentation par voie rectale ; puis administration, par la bouche, de nourritures légères, lait, œufs, que l'on augmente progressivement.

Le pansement est fait dix jours après l'opération. Réunion complète. Le dix-septième jour, Romain D... était conduit en voiture à la séance de la Société de médecine du Nord, où il apportait son pylore dans un bocal. Il avait gagné en poids plus de 7 kilogr. en 15 jours et pesait 124 livres. Enfin le malade sortait de l'hôpital le 13 juillet, 22 jours après l'opération, s'alimentant bien, ayant bonne mine et pesant 134 livres.

Le pylore enlevé, fendu dans toute sa hauteur, présentait, à la place de la muqueuse, un anneau circulaire complet de 4 centimètres de longueur, hérissé de fongosités végétantes qui remplissaient et obstruaient tout le calibre de l'intestin. L'oblitération devait être à peu près absolue, imperméable même aux liquides. Un morceau de ce bracelet fougueux, comprenant toute l'épaisseur de la paroi, fut soumis à l'examen de M. le professeur Curtis et est encore à l'heure qu'il est conservé dans son laboratoire. Voici la note que m'a fait remettre à ce sujet M. Curtis :

« Une tranche en côte de melon, coupée dans l'épaisseur » du rétrécissement pylorique, laisse voir les détails suivants :

» Elle se divise en deux parties :

» L'une est occupée par les glandes pyloriques encore » normales, toutefois un peu dilatées, avec un épithélium » clair, bien en place, et des tubes glandulaires ramifiés à » limites bien précises. Toute cette zone ne forme qu'un » très petit ilot dans la coupe. Tout le reste est totalement » envahi par une prolifération épithéliale de nature cancéreuse indéniable, dont les bourgeons ont dissocié toutes » les couches des parois stomacales, de manière que toute » topographie devient impossible.

» Tout ce que l'on peut dire est ceci :

» A la surface de la muqueuse, il n'existe plus trace » d'épithélium de revêtement ; l'épithélium est abrasé. » De cette surface se détachent des bourgeons épithéliaux, » soit pleins, soit creux, affectant une apparence glandulaire nette. Ils s'enfoncent dans l'épaisseur des parois et » présentent des cavités ectasiées remplies de détritus » épithéliaux. Le type de ces bourgeons rappelle la structure » des glandes pyloriques, mais l'épithélium qui les revêt » ne ressemble plus à celui de ces glandes. C'est un

» épithélium cylindrique disposé sur une ou quelquefois » deux couches formées de cellules assez minces dont le » protoplasma opaque est bourré de fines granulations. » Ces cellules rappellent donc beaucoup plus les cellules » principales des glandes gastriques que les cellules claires » des glandes pyloriques.

» Le stroma qui sépare les bourgeons épithéliaux est » formé de fibres conjonctives et fibres lisses. Il subit par » places la transformation colloïde. Quant à l'extension du » néoplasme, on peut dire qu'il occupe toute l'étendue des » différentes parois et que les bourgeons viennent affleurer » à la face péritonéale.

» *Il s'agit donc bien d'un véritable épithélioma cylindrique* » *des glandes de la région pylorique, en pleine évolution, avec,* » *par places, dégénérescence colloïde du stroma interglandulaire.* »

L'observation s'arrête là sur notre registre. En voici la suite :

Le 17 août 1900, D... m'écrivait ceci :

« J'ai le bonheur de venir vous faire savoir que je continue d'aller de mieux en mieux depuis que j'ai subi l'opération du pylore, à l'hôpital de Lille, et j'ai l'honneur de vous exprimer toute ma reconnaissance, etc. »

Autre lettre du 29 novembre, trois mois plus tard :

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que, depuis ma rentrée, je continue d'aller bien et je pèse actuellement 167 livres, poids que j'avais avant ma maladie pour laquelle vous m'avez fait l'opération du pylore. »

Il a donc gagné 58 livres ou 29 kilogs en 5 mois. Voici du reste la série de ses pesées, car il tient fort exactement cette comptabilité :

7 août 1900	143 livres
3 sept. »	149 »
20 sept. »	154 »
12 oct. »	159 »
20 nov. »	167 »

Quelques jours plus tard, D... venait me voir ; il paraissait superbe de santé. Il est domestique-cocher dans un service assez doux. Se nourrit surtout de lait, œufs, légumes cuits, purées ; viande une fois par jour, surtout viande blanche. S'est une fois offert un régal de lard aux choux et ne s'en est pas mal trouvé.

Je fus huit mois sans nouvelles. En juin 1901, à une lettre de moi, le Dr Duval répondit par le billet que voici :

» Je suis heureux de pouvoir vous donner de bonnes nouvelles de Romain D... Il est superbe de santé : ses digestions sont parfaites, jamais la moindre douleur, jamais de vomissement. De plus, il est très vigoureux, car il travaille avec autant d'ardeur qu'autrefois.

» Depuis longtemps, il a repris l'alimentation commune, mais comme boisson il ne connaît et ne veut connaître que le lait.

» Si vous désirez le voir un jour, il se fera un plaisir de se rendre à votre invitation. »

Après avoir encore laissé s'écouler six mois, j'ai accepté la proposition et voici Romain D... que je vous présente de nouveau.

Vous voyez qu'il est toujours en parfaite santé. Il est vigoureux et gai, et exerce vaillamment et sans se ménager sa profession de cocher-jardinier. Il pèse 81 kilogr. Il continue a se nourrir surtout de lait, d'œufs, de légumes de purées, de viandes tendres hachées en menus fragments. Comme il a d'assez mauvaises dents, quand il mange des aliments de mastication pénible, il éprouve quelques pesanteurs d'estomac ; mais, lorsqu'il soigne bien son alimentation, ses digestions sont faciles, rapides, indolores.

Qu'arrivera-t-il définitivement de ce malade ? N'aura-t-il pas de récidive, d'atrésie de la boutonnière jéjuno-gastrique ? Il faut évidemment le suivre un peu plus longtemps encore que nous ne l'avons suivi. Voilà cependant 18 mois qu'il est opéré, et 18 mois cela commence à constituer déjà une période respectable.

La pylorectomie est toujours une opération longue et grave ; pas très souvent applicable. Il ne faut, à mon avis, la faire que dans les cas très favorables ; quand il y a limitation nette du cancer, intégrité du péritoine et parfaite mobilité. Lorsque le cancer est très étendu, adhérent aux parties ambiantes, qu'il y a des ganglions pris, les dangers de l'opération ne sont pas compensés par la possibilité d'une cure définitive et il faut se borner à l'intervention palliative. Il y a eu à cet égard des orgies dé résections téméraires, ayant donné lieu à une mortalité énorme et où l'on eût dû se contenter de la gastro-entérostomie. Ne sont à *opérer radicalement que les cas très favorables.* Tenez, je me rappelle la première opération de ce genre que j'ai faite en 1886 : il s'agissait d'un malade au pylore complètement obstrué et qui se mourait d'inanition bien plus que de cachexie. J'hésitais à prendre le bistouri, tant était grande la débilité du patient, que je craignais voir mourir sur la table d'opération. Je me bornai à le gastro-entérostomiser rapidement. Il guérit, s'alimenta sans douleur durant cinq mois et reprit du poids ; il gagna, dans la quinzaine qui suivit l'intervention, 6 kilog. en huit jours. Au cours de l'opération, je me rendis compte que la tumeur, grosse comme le poing, était remarquablement mobile et très aisément amenable hors du ventre, bien que l'infiltration des parois stomacales s'étendît assez loin. Si pareil cas s'offrait à moi aujourd'hui, je serais bien tenté, une fois le malade remonté par la gastro-entérostomie, de lui rouvrir l'abdomen au bout d'un mois, et de le pylorectomiser. Ce serait vraiment là la conduite rationnelle à tenir.

Signalons en passant ce résultat paradoxal que ce sont les cas jadis les plus graves (cancer annulaire oblitérant vite tout le calibre du pylore), qui donneront lieu maintenant à la laparotomie hâtive, car l'inanition rapidement menaçante poussera à intervenir de bonne heure ; ce seront donc ces cas là où l'on aura plus de chances de tomber sur un cancer bien limité, encore enfermé dans l'intestin, bien mobile. Au contraire, lorsque le cancer ne se développe

que sur une partie du pourtour du pylore, n'amenant qu'une oblitération partielle et lente, on ne sera amené à opérer que tardivement et on trouvera alors un néoplasme inenlevable.

Tout cela n'est pas encore assurément de pratique courante ; mais cela ouvre pour l'avenir des horizons d'espérance. Quand la simple laparotomie sera devenue une opération plus bénigne encore qu'elle ne l'est, une opération quasi-inoffensive, on prendra l'habitude de faire, pour des symptômes de dyspepsie pas très intenses, *des laparotomies de diagnostic* ; et on aura l'occasion de rencontrer assez souvent des cas opérables.

Notons encore que, pendant assez longtemps ces interventions de diagnostic resteront des opérations d'hôpital, que l'on n'osera pas tenter couramment en clientèle civile. Et, par un juste retour des choses d'ici-bas, sera obtenue cette conséquence singulière, quelque peu réparatrice des inégalités sociales, que les pauvres diables seront les premiers bénéficiaires des hardiesses et des progrès de la chirurgie moderne.

Un cas d'anévrysme du canal artériel

Par MM. **G. Gérard,** professeur agrégé d'anatomie,
et **de Chabert,** interne des hôpitaux de Lille.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société une pièce très rare que l'un de nous a trouvée à l'autopsie d'un jeune sujet, dont nous rapportons d'abord l'observation clinique :

Le 21 novembre 1901, est amenée à la consultation de l'hôpital Saint-Sauveur, la nommée Claire G..., âgée de dix-sept jours. Depuis une dizaine de jours, elle présente un gonflement très prononcé de la jambe droite, s'arrêtant au genou. En même temps, les seins sont tuméfiés et laissent écouler un peu de lait à la pression.

L'enfant est placée d'urgence, le jour même, dans le service de M. le professeur agrégé Phocas.

Les antécédents héréditaires sont mauvais. Le père et la mère, âgés respectivement de trente-deux et trente-quatre ans et demi, ont eu cinq enfants. Mais la mère a fait six pertes; et malgré les dénégations du père — un alcoolique — il est impossible de ne pas songer à la syphilis.

Mariés très jeunes (en 1886), les parents ont eu successivement : en 1886, une fille — le seul des enfants qui ait survécu — qui a quinze ans et se porte bien : en 1888, une perte à six semaines environ ; en 1893, une fille qui, venue au monde très chétive, élevée avec des soins minutieux, mourut, à vingt mois, de bronchite capillaire ; en 1895, un garçon, également très faible, qui mourut à l'âge de deux mois ; de 1895 à 1900, cinq pertes, toutes très précoces (six semaines à deux mois), s'accompagnant chaque fois d'hémorrhagies menaçantes.

L'enfant qui nous occupe, née à terme, dans de bonnes conditions apparentes, présentait, quatre jours après la naissance, une petite excoriation de la fesse droite qui fut soignée par des bains de siège. L'état local s'aggravant, l'enfant est amenée à l'hôpital.

A l'examen, on constate la présence d'une tuméfaction diffuse occupant le dos du pied et la jambe droite, remontant jusqu'au genou. La peau est rouge et œdémateuse. Pas de fièvre.

A l'hôpital, l'enfant est mise au lait stérilisé et le membre inférieur droit est entouré de larges pansements humides qui, rapidement, limitent l'inflammation ; après un traitement de trois jours, on ne trouve plus qu'une tuméfaction fluctuante au devant de la rotule.

Le mercredi matin, 26 novembre, quatre jours après son entrée dans le service, l'enfant meurt subitement. *L'autopsie* est pratiquée le jour suivant : infiltration œdémateuse du tissu cellulaire de la jambe droite : hygroma suppuré de la bourse prérotulienne. Les organes, sains en apparence, ne présentent rien de particulier.



Le seul point, digne d'attention, est l'existence d'une tumeur bien limitée, placée en dehors du péricarde, au-dessus de la pulmonaire.

Cette tuméfaction, qui occupe très exactement la place du canal artériel, est constituée par une dilatation ovoïde, anévrysmatique, de couleur rouge foncée, de la grosseur d'une petite noisette, qui part de la bifurcation de l'artère pulmonaire pour aboutir à la concavité de la crosse de l'aorte, au niveau du coude que forme sa portion horizontale avec l'aorte thoracique.

Cette dilatation rétrécie vers la pulmonaire, s'évase régulièrement pour atteindre son volume maximum à la partie moyenne, puis se termine à l'aorte en diminuant légèrement de diamètre.

Les mensurations, faites au compas d'épaisseur, ont donné les chiffres suivants :

Longueur du sillon interventriculaire : 37 m/m.
Largeur maxima du cœur (p. ventriculaire) : 33 m/m.
Largeur de l'aorte pulmonaire : 10 m/m.
Largeur de ses branches { droite : 7 m/m. ; gauche : 5 m/m.
Largeur de l'aorte { en amont de la dilatation : 11 m/m. ; en aval de la dilatation : 8 m/m.
Longueur du canal anévrysmatique : 18 m/m.
Diamètre du canal { à sa naissance sur la pulmonaire : 5 m/m. ; à sa partie moyenne : 11 m/m. ; à son abouchement sur l'aorte : 8 m/m.

Tout l'intérêt de cette observation réside dans la dilatation anévrysmatique du canal artériel. Cette disposition très spéciale n'a été observée que rarement et en cherchant dans la littérature médicale nous n'avons trouvé que seize observations : celles de BARON (cité par THORE); de BILLARD, 1826 (cité par N. CHEVERS, *Arch. gén. de méd.*, 1847); de MARTIN ST-ANGE, 1827 (*Bull. Soc. Anat.*, p. 17); de PARISE, 1837 (*Bull. Soc. Anat.*, p. 95); huit cas empruntés à THORE, 1850 (*Arch. gén. de méd.*, p. 32), qui sont, dit-il « le résultat du dépouillement de plus d'un millier d'autopsies faites à l'Hospice des Enfants trouvés »; deux observations de RENAUT, 1870 (*Bull. Soc. Anat.*, p. 238) (1); une observation rapportée par l'un de nous dans sa thèse (G. GÉRARD. Le canal artériel, th. de Lille, 1897, p. 116) et qui montrait un anévrysme en bissac, disposition que nous n'avons retrouvée nulle part.

Il nous faut faire une mention spéciale pour le cas de R. G. HEBB, 1893 (*Transaction of pathological Society of London*, p. 45); ce cas (observé sur un sujet de 46 ans, mort de cardiopathie chronique, chez lequel, à l'autopsie, on trouva des dilatations anévrysmatiques de la crosse de l'aorte et, au-dessous du point d'orifice de la sous-clavière gauche, une ouverture circulaire conduisant dans un anévrysme du canal artériel, sphéroïdal, gros comme une petite noisette) ne semble pas devoir être identifié aux observations typiques et finalement toutes très semblables que nous signalons.

En effet, voici ce que tous les auteurs ont observé dans les cas d'anévrysme vrai du canal artériel : une dilatation fusiforme ou sphérique, du volume d'un gros noyau de cerise, d'un pois, d'une aveline, d'une noisette, d'un grain de café, de couleur brunâtre, de consistance assez grande, d'une longueur variant de 15 à 22 millimètres; d'une largeur allant de 6 à 14 millimètres. Le contenu de cette tuméfaction — dont nous ne parlons pas dans notre observation, parce que nous n'avons pu encore en faire l'examen histologique, — est représenté par un caillot plus ou moins noir, plus ou moins adhérent et stratifié, ne présentant pas en général de lumière centrale.

Avec RENAUT, nous pensons que la question de l'anévrysme du canal artériel ne peut pas être mise en doute. « C'est à tort, dit-il, que les auteurs du chapitre « canal artériel » du nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, ont prétendu que de pareils tumeurs n'existaient pas, et que des tromboses en avaient imposé pour des anévrysmes à THORE, BILLARD et PARISE, affirmations reposant sur ce seul argument, que ni la théorie de la circulation sanguine dans le canal artériel, ni le mode d'oblitération de celui-ci, ne pouvaient chez le fœtus et le nouveau-né rendre compte de la production d'anévrysmes sur ce point. »

(1) Nous n'avons pu encore nous procurer la thèse de WESTHOFF (Ueber das sogenannte aneurysma des Ductus arteriosus Botalli, Gottingen, 1873) mentionnée dans l'index-catalogue, mais qui n'est pas à la Bibliothèque universitaire de Lille.

L'anévrysme existe bien, et il suffit, pour l'admettre, à priori d'une part, de comparer son volume, sa longueur et sa largeur avec ceux du canal artériel avant la naissance, et pendant l'oblitération, d'autre part, de se rappeler de quelle façon le canal l'oblitère histologiquement, par prolifération de l'endartère, qui, poussant en un point, finit par rétrécir la lumière et par la faire disparaître complètement (cf. : WALKOFF : *Zeitschr. f. rat. med.*, 1869, XXXVI; FRITZ SCHANZ : *Arch. de physiol. Pflüger*, 1889, p. 239; G. GÉRARD, loc. cit. et *J. de l'anat.*, mai 1900, p. 324-337).

Quant à la pathogénie de cette dilatation, il ne saurait être question de revenir à l'ancienne théorie de l'oblitération du canal, soutenu encore par BERNUTZ, 1865, qui admettait le dépôt à la surface de la tunique interne d'une couche fibrineuse d'un blanc jaunâtre qui double les parois vasculaires.

Comme elle n'a été observée que chez de très jeunes enfants, il semblerait que l'on dût plutôt admettre, suivant la vieille comparaison de SÉNAC, l'organisation d'une certaine quantité de sang resté dans le canal, sous l'influence d'une modification locale de l'endothélium et de la prolifération normale de l'endartère.

Cette dilatation ne doit nullement être incompatible avec la vie la plus normale : et si on ne la retrouve plus chez l'adulte, c'est que très probablement des phénomènes de résorption ont transformé le canal artériel *anévrysmatique* en ligament artériel *normal* avec sa cicatrice conjonctive centrale.

Les plaies du diaphragme à gauche

par O. Lambret,
professeur agrégé, chargé du cours de médecine opératoire.

Les plaies du diaphragme ont été, jusqu'à présent, l'objet d'un nombre relativement restreint d'études. Leurs particularités, leur grande rareté aidant, sont peu présentes à l'esprit : il en résulte que lorsque le chirurgien se trouve en face d'une de ces plaies accompagnée ou non de complications, il peut hésiter sur la conduite qu'il doit tenir. J'en ai observé dernièrement un cas bien intéressant dans lequel la laparotomie m'a montré des déplacements d'organes absolument extraordinaires. Voici d'abord cette observation :

Le 24 septembre 1901, j'étais appelé par mes confrères LOURTIES et LECAT, de Billy-Montigny, auprès d'un blessé qui, la veille au soir, avait reçu, au cours d'une rixe, un coup de couteau dans le sixième espace intercostal gauche. On n'avait aucun renseignement sur l'arme elle-même,

l'agresseur étant demeuré inconnu ; comme symptômes immédiats, le blessé avait présenté une anxiété respiratoire assez prononcée et une hématémèse ; il avait été vu presqu'aussitôt par nos confrères, qui avaient constaté que, par la plaie longue de 7 à 8 centimètres, parallèle aux côtes, la presque totalité de l'épiploon faisait issue. Cet épiploon avait été réséqué et un pansement occlusif appliqué.

Le blessé avait d'abord paru aller assez bien, mais le lendemain son état général avait empiré et quand j'arrivai près de lui, à dix heures du soir, il était devenu alarmant : pouls fréquent, facies grippé, respiration rapide ; les vomissements de sang ne s'étaient pas reproduits. A l'examen on constatait la plaie décrite plus haut ; entre les lèvres, on voyait le moignon d'épiploon réséqué ; la palpation du ventre était douloureuse du côté gauche, la paroi assez tendue mais sans contracture musculaire ; il y avait en outre dans tout ce côté gauche une submatité très nette ; par contre la percussion de la poitrine donnait à gauche une sonorité exagérée qui me fit immédiatement penser au pneumothorax, bien que je ne cherchai pas à approfondir le diagnostic puisqu'il est de règle de bouger le moins possible les malades atteints de plaie de poitrine. Me basant sur l'aggravation progressive de l'état général, sur la rapidité du pouls (130 pulsations) sur la douleur abdominale, je décidai d'intervenir comptant avoir affaire en raison de la situation de la plaie et des vomissements de sang à une lésion de l'estomac à travers le diaphragme.

Je fis la laparotomie sur le bord externe du muscle droit, je devais donc par cette incision tomber d'emblée sur l'estomac ; or, à ma grande stupéfaction je ne trouvai pas tout d'abord cet organe, ni d'ailleurs, malgré la submatité constatée, pas la moindre trace de liquide dans la cavité abdominale ; mais ce qui m'étonnait le plus, c'était l'absence de l'estomac.

En déprimant les anses intestinales, j'en découvris enfin une qui semblait se perdre à travers le diaphragme dans la cavité thoracique, je la suivis et je pénétrai immédiatement dans le thorax ; en même temps, se manifestait un sifflement puissant, véritable traumatopnée abdominale. La plaie du diaphragme était très large et laissait facilement passer la main ; je pus ainsi ramener de la cavité thoracique, une anse d'intestin grêle longue d'au moins 40 centimètres, plus de la moitié du côlon transverse et l'estomac *intact* qui était logé dans la partie supérieure du thorax au-dessus du cœur ; ces trois portions d'intestin étaient malheureusement rouges et dépolies, l'anse grêle très dilatée, et s'étaient manifestement infectées par la plaie thoracique ; Le maintien dans l'abdomen de l'estomac me créa de telles difficultés que, comme on le verra, je ne pus pas les surmonter ; à peine l'avais-je ramené dans le ventre qu'il était en quelque sorte happé par l'aspiration thoracique et qu'à la première inspiration, il disparaissait à nouveau et complètement dans la poitrine ; pour lutter contre la très grande puissance de cette aspiration, il fallait empoigner l'organe à pleine main et le retenir avec la dernière vigueur. Il devenait évident que tant que la plaie du diaphragme ne serait pas fermée, il serait impossible d'empêcher l'ascension de l'estomac.

J'essayai de suturer les lèvres de la brèche diaphragmatique ; je parvins très difficilement à placer un point ; mais la plaie était très profondément située, le rebord costal gênait en avant considérablement, il me fut absolument impossible de faire plus par la voie abdominale. La nécessité de l'intervention par la voie thoracique s'imposa alors. Mais le malade supportait assez mal l'opération, la constatation de l'infection d'une partie de l'intestin avait beaucoup refroidi mon zèle chirurgical, aussi je résolus d'en rester là. Je tamponnai serré la plaie du diaphragme, faisant ressortir les mèches de gaze par la plaie thoracique et je parvins de la sorte à maintenir momentanément l'estomac dans la cavité abdominale ; je drainai largement le flanc gauche et le malade fut reporté dans son lit en état de choc. Il se remit assez rapidement et pendant deux jours put s'alimenter en liquide, mais le pouls restait rapide et bientôt la péritonite généralisée était manifeste ; la mort survint le troisième jour. L'autopsie médico-légale confirma l'existence de la péritonite généralisée ; elle montra que, en dépit du tamponnement, l'estomac avait réintégré le thorax ; ni le poumon, ni l'estomac, ni l'intestin n'avaient été atteints par le couteau.

Les plaies du diaphragme ne s'accompagnent pas constamment de hernies viscérales aussi curieuses ; néanmoins elles ne sont jamais banales et elles comportent comme nous le verrons plus loin, outre un pronostic bien spécial, un traitement particulier et impératif.

Au point de vue de leur mode de production, nous retrouvons ici la division classique en plaies par armes à feu et par instruments piquants et tranchants. Quant à la voie suivie par l'agent traumatisant, c'est, dans l'immense majorité des cas, la voie thoracique : les plaies du diaphragme sont des plaies thoraco-abdominales. Dans notre étude nous n'avons en vue que les plaies siégeant du côté gauche : celles-ci ont en effet une physionomie propre, qui tient à la communication établie entre les deux grandes séreuses, plèvre et péritoine : à droite la communication ainsi créée par le traumatisme peut être considérée comme nulle car le foie par sa masse a tôt fait d'en obturer l'orifice. Au reste, les plaies du côté gauche sont de beaucoup les plus fréquentes ; non pas comme le dit LAPALLE (1) parce que c'est de ce côté qu'est situé le point le plus élevé du diaphragme, ce qui est une erreur anatomique, mais bien plutôt parce que dans le corps à corps des rixes, le futur blessé présente son côté gauche au côté droit de l'agresseur qui a beaucoup de chances pour être un droitier puisque ceux-ci sont en majorité.

En général, la plaie extérieure occupe la paroi thoracique à la région antéro-latérale, le plus souvent en un point quelconque de la surface qui répond aux sept dernières côtes. Avant d'atteindre le diaphragme, l'agent vulnérant doit forcément léser en passant la paroi thoracique, de sorte qu'on a une plaie extérieure dont l'aspect peut être très variable et qui intéresse un ou plusieurs espaces intercostaux, les côtes, les muscles, etc., suivant le cas. A la rigueur, il est possible d'atteindre le diaphragme, sans blesser une des deux grandes séreuses qu'il sépare ; en pratique, on peut ne pas tenir compte de cette éventualité quasi-théorique et qui nécessite un traumatisme peu intense portant exactement au point d'insertion du muscle.

Bien autrement intéressante est la blessure de la plèvre ; dans la grande majorité des cas, le poumon n'est pas touché, ou s'il l'est, sa lésion est minime, car le trauma-

(1) Thèse Bordeaux, 1896.

tisme porte presque toujours au niveau du sinus costo-diaphragmatique que le poumon n'atteint que dans l'inspiration très profonde. Il n'en résulte pas moins, que cette ouverture du sinus pleural a pour conséquence la production d'un pneumothorax. Trois circonstances empêchent, avec plus ou moins d'efficacité, cette complication ; ce sont : l'existence d'adhérences cloisonnant la plèvre, la grande obliquité des lèvres de la plaie extérieure et enfin l'irruption par cette plaie de viscères abdominaux, de l'épiploon surtout, d'où résulte une obturation immédiate suffisante pour s'opposer à l'entrée de l'air dans la cavité pleurale.

La plèvre pariétale étant traversée, l'agent traumatisant atteint successivement la plèvre diaphragmatique, le muscle lui-même, puis le péritoine. Il est, je pense, inutile de nous arrêter à la description de la plaie du diaphragme ; son aspect peut en effet varier à l'infini, il est sous la dépendance de la force, de la direction, de la nature de l'agent vulnérant ; toutefois il est un point intéressant à noter, c'est que l'écartement des lèvres de la plaie du muscle est d'autant plus grand que la section des fibres musculaires est pratiquée plus perpendiculairement à leur direction.

Arrivé dans le péritoine, l'agent traumatisant peut léser un ou plusieurs des organes qui y sont contenus, l'estomac et la rate surtout, l'intestin grêle et le gros intestin, des vaisseaux mésentériques ou autres ; il peut atteindre des organes rétropéritonéaux comme le rein, le pancréas ; mais chose curieuse, la lecture des observations montre que les plaies qui atteignent le diaphragme seul paraissent au moins aussi fréquentes que celles qui s'accompagnent de lésions viscérales abdominales ; le cas que nous avons rapporté plus haut en est un bel exemple. Cela est vrai surtout pour les plaies par instrument tranchant.

Quoiqu'il en soit, nous nous supposons placé en face du cas le plus habituel, le diaphragme est transpercé et un orifice fait communiquer les cavités pleurale et abdominale. Le plus souvent nous assisterons à la production d'une hernie diaphragmatique et au passage d'une partie du contenu de l'abdomen dans la plèvre : fait intéressant, les dimensions de la plaie diaphragmatique ne paraissent pas avoir une grande influence au point de vue de la production et du volume de cette hernie, c'est ainsi qu'on a vu par un orifice créé par une balle de revolver se hernier une partie de l'estomac et du côlon transverse ; dans d'autres cas, au contraire, des brèches diaphragmatiques de plusieurs centimètres ne livraient passage à aucun organe.

Il est vraisemblable que dans ces cas, la disposition primitive des lèvres de la plaie n'est pas favorable à cette migration des viscères abdominaux et qu'elle oppose une résistance suffisante à la pression abdominale ; on conçoit d'ailleurs que l'estomac, que la rate, peuvent obturer dans une certaine mesure, un orifice de petite dimension.

D'ailleurs, presque toujours, la hernie diaphragmatique, si elle ne se produit pas d'une façon primitive, apparaît secondairement. Les plaies du diaphragme ne se cicatrisent que très difficilement et il persiste à travers le muscle un orifice à bords fibreux ou bien la cicatrice est mauvaise et la résistance presque nulle : l'écartement des fibres qui, après section, se rétractent, les mouvements constants dont le muscle est animé expliquent la grande rareté d'une cicatrisation normale. Cette rareté a été démontrée d'ailleurs non seulement par de nombreux faits cliniques mais encore par l'expérimentation (1). Or, cet orifice qui persiste, ou béant ou mal obturé, tôt ou tard est destiné à livrer passage à une hernie et ce fait se produit parfois au bout de plusieurs années, alors que le traumatisme initial a été pour ainsi dire oublié ; à l'occasion d'un effort, le malade ressent une douleur brusque et plus ou moins violente, causée par la production d'une hernie diaphragmatique et si cette hernie est définitive d'emblée — car, auparavant, elle peut se réduire spontanément plusieurs fois — à partir de ce moment apparaissent les symptômes digestifs et douloureux qui la caractérisent.

Dès lors, les malades sont dans la même situation que ceux chez lesquels la hernie est apparue immédiatement après le traumatisme et qui n'ont pas succombé à une des complications ordinaires des plaies de poitrine et d'abdomen.

Il faut convenir d'ailleurs que la plaie du diaphragme, une fois produite, on s'explique très bien la presque fatalité de l'apparition immédiate d'une hernie diaphragmatique. L'intensité de la pression intra-abdominale, la rapidité avec laquelle l'intestin cherche à s'échapper par la moindre issue offerte sont déjà des raisons suffisantes. Mon intervention dans l'observation que j'ai rapportée plus haut a eu pour résultat de me montrer l'influence considérable d'une autre cause à peu près méconnue : l'aspiration thoracique. Celle-ci est la conséquence du vide pleural et sa puissance, on l'a vu, est considérable, puisque pendant l'opération il était nécessaire de déployer une grande force pour empêcher l'estomac d'être happé par la poitrine en même temps que l'air qui s'y précipitait bruyamment. L'intensité de cette aspiration est absolument remarquable et elle mériterait d'être étudiée de plus près. Il suffit d'ailleurs, pour en avoir une idée exacte, d'avoir observé un pneumothorax traumatique dans une plèvre saine ; on se rend facilement compte alors de la violence avec laquelle l'air est inspiré et expiré et on peut même provoquer l'extinction de la flamme d'une bougie placée parfois à plus de cinquante centimètres de distance. C'est d'ailleurs, je crois, à cette aspiration qu'il faut attribuer les grands

(1) Voir Nicolas Ripetto. Th. Buenos-Ayres, 1894.

déplacements viscéraux — tel celui de l'estomac — qui prennent les proportions de véritables désinsertions ; il semble en effet difficile d'admettre que l'action de la seule presse abdominale suffise pour mobiliser l'estomac et l'entraîner loin de ses différents points d'attache vasculaires et péritonéaux qui le fixent, notamment au niveau du pylore. Il est probable même que dans certains cas — vraisemblablement dans le nôtre, ce passage brusque d'un gros viscère comme l'estomac dans la cavité thoracique est cause de l'agrandissement de la plaie du diaphragme.

Ces conditions, évidemment, ne sont pas toujours réalisées et c'est pourquoi le volume et le contenu des hernies diaphragmatiques diffèrent sensiblement, suivant le cas ; tantôt, il y a une grande quantité de viscères : l'estomac, le côlon, une bonne portion d'intestin grêle, l'épiploon qui souvent se présente à la plaie extérieure, la rate ; tantôt la hernie ne contient qu'une portion restreinte de l'estomac, de l'épiploon ou de l'intestin.

Lorsque le blessé ne succombe pas dans les premiers jours à une complication infectieuse, il se rétablit rapidement et s'accommode tout d'abord de sa hernie ; le pneumothorax, s'il a existé, se résorbe, et le poumon, le cœur et l'intestin, devenus voisins immédiats, s'harmonisent en leur nouvelle position ; le cœur se laisse refouler vers la droite et prend une direction verticale, le poumon est reporté en haut. Au bout d'un certain temps, d'ailleurs, des symptômes subjectifs ne tardent pas à apparaître, caractérisés par des douleurs précordiales et des troubles digestifs qui, peu à peu, deviennent inquiétants. Parfois il existe, d'abord des alternatives de crises douloureuses et de santé parfaite, qui s'expliquent par l'engagement intermittent d'une anse intestinale ; puis la pénétration de cette anse devenant définitive, les signes de l'obstacle apporté au cours des matières, deviennent permanents ; dans un certain nombre de cas, cependant, on a vu plusieurs anses d'intestins, l'estomac même, herniés dans le thorax, rester plusieurs années sans donner d'accidents ; on a même pu, dans quelques observations, porter le diagnostic ferme de hernie diaphragmatique par l'apparition au niveau de la plaie extérieure d'une tumeur élastique sonore et réductible avec gargouillement.

Il existe de ces hernies diaphragmatiques des observations très intéressantes à lire ; mais l'étude de cette variété de hernie sort un peu de notre sujet et nous renvoyons le lecteur à un excellent article de **Blum et Ombrédanne**, paru *in Archives générales de Médecine*, 1896.

Néanmoins il est nécessaire de dire que tôt ou tard elles aboutissent à l'étranglement ; les immédiates s'étranglent parfois d'emblée, les tardives également d'ailleurs, lorsque l'orifice est étroit et la quantité d'intestin trop considérable pour lui ; dans les autres cas, l'étranglement se fait plus tard lorsque la cicatrisation amène la rétraction de l'anneau, ou encore par suite de l'engagement, par exemple pendant un effort, d'une nouvelle anse intestinale.

La symptomatologie des plaies du diaphragme tient à la fois de celle des plaies de poitrine et de celle des plaies de l'abdomen ; on conçoit que nous n'aborderons pas à ce sujet l'étude de ces dernières. Un signe objectif pathognomonique c'est l'apparition, à la plaie, de viscères abdominaux. C'est principalement l'épiploon qui se présente et la lecture des observations montre que le fait est fréquent quoiqu'en dise Peyrot dans le Traité de chirurgie Duplay et Reclus ; il en est de même de l'issue par la plaie d'un liquide manifestement intestinal. A leur défaut on devra rechercher la hernie diaphragmatique en s'aidant de la percussion et de l'auscultation, mais cette recherche ne sera pas souvent couronnée de succès. — L'hématurie, l'entérorhagie, sont d'une grande valeur mais elle n'existent que rarement ; l'hématémèse n'indique pas d'ailleurs forcément une plaie de l'estomac, on l'a vu dans notre cas où, malgré l'intégrité de l'estomac et de l'intestin, il y a eu hématémèse et melœna ; il est probable que par suite de sa migration dans le thorax, la circulation de l'estomac s'est trouvée gênée, qu'il y a eu congestion de l'organe et hémorragies au niveau de la muqueuse ; je reconnais que cette explication est toute théorique, mais d'autre part le fait ne laisse pas d'être embarrassant. Bref, la conclusion à tirer de ce qui précède, c'est que quand elle n'est pas flagrante la blessure du diaphragme ne peut guère être que soupçonnée.

Or, en raison de son pronostic particulier, il est de la dernière importance de savoir si la plaie du diaphragme existe ou non. Aussi, lorsque la situation de la blessure extérieure permettra de penser à la possibilité de la lésion du muscle, il est absolument nécessaire de chercher à s'en assurer même au prix d'une intervention. La quasi-certitude de la production d'une hernie diaphragmatique soit primitive, soit tardive, rend indispensable en effet la connaissance de l'état du diaphragme. D'ailleurs, cette exploration constitue en somme le premier temps du traitement puisque celui-ci doit consister dans la suture de la plaie musculaire.

La question est de savoir comment doit être pratiquée cette intervention, et de quelle façon on abordera le diaphragme. Deux voies d'accès, l'abdomen et la poitrine s'offrent en effet au chirurgien : laquelle choisir ? On a sur ce sujet quelque peu discuté et à l'heure actuelle il est certain que les partisans de la laparotomie sont les plus clairsemés. Toutefois, nous pensons qu'il est imprudent d'essayer de tracer une règle fixe ; dans de pareils traumatismes qui, en somme, sont souvent dissemblables et difficilement superposables, il faut laisser au chirurgien une large initiative et le soin de discuter s'il doit aborder la plaie du diaphragme par l'abdomen ou par le thorax.

Il est des cas nombreux où l'exploration de l'abdomen s'impose à cause des lésions viscérales soupçonnées, par exemple dans beaucoup de plaies par armes à feu, surtout si le projectile a été dirigé de gauche à droite ou de telle façon qu'il a dû parcourir un long trajet dans l'abdomen. La laparotomie dans ces cas est rendue nécessaire et ne peut être discutée, car la lésion viscérale prime tout. Elle permettra, cette lésion traitée, de se rendre compte de l'état du diaphragme ; la chose est possible dans la plupart des cas ; néanmoins, surtout s'il y a du ballonnement, il faut savoir que l'exploration du diaphragme par l'abdomen n'est pas toujours très commode et que dans certains cas, non seulement la plaie du diaphragme a été méconnue, mais même des hernies diaphragmatiques sont passées inaperçues ; la présence du rebord antérieur du plastron chondro-costal, la situation très profonde de la concavité du diaphragme, la gêne considérable apportée par la présence des anses intestinales qu'on ne peut efficacement refouler, expliquent ces méprises. Font-Réaulx (1) se demande si on ne peut parer à ces inconvénients en mettant les malades dans une position inverse de celle de Trendelenburg, c'est-à-dire dans la verticale. Mais à l'heure actuelle du moins, cette méthode n'est pas d'une application pratique. On comprend que si l'exploration du diaphragme est difficile par l'abdomen, la suture de ce muscle l'est encore bien davantage ; notre observation en est une preuve de plus après tant d'autres. Néanmoins il ne faut rien exagérer, et plusieurs observations nous montrent que la laparotomie a permis non seulement une exploration efficace, mais encore la suture du diaphragme.

Shwartz et Rochard (2) ont proposé d'aborder le diaphragme par la voie thoracique, procédé opératoire déjà indiqué avant eux par Perman (3) et employé par Postempski Paolo (4). Cette voie est particulièrement lumineuse et permet une exploration parfaite du muscle, à condition de pénétrer dans la poitrine ni trop haut ni trop bas, c'est-à-dire au niveau de la 6me et de la 7me côte. Plus haut on dépasserait le niveau de la convexité du muscle ; plus bas on risquerait de compromettre les insertions du diaphragme. Ce procédé semble particulièrement indiqué dans les plaies par instruments tranchants dont l'action traumatisante s'exerce dans une zone plus limitée et a des conséquences qu'on peut assez facilement déduire, surtout si on connaît l'arme employée et la profondeur approximative à laquelle elle a pénétré. Peu importe la forme de l'incision faite aux téguments, ce qu'il faut c'est faire un volet thoracique suffisamment large en réséquant la 6me et la 7me côte en deux points, de façon à mobiliser un fragment intermédiaire qu'on remettra en place l'opération terminée. Par ce procédé on aura sous les yeux toute la face supérieure du diaphragme, aussi bien au niveau de sa convexité que dans le fond de la gouttière du sinus costo-diaphragmatique ; la découverte de la plaie diaphragmatique est donc facile. Celle-ci étant faite, il est possible et de nombreuses observations en font foi de traiter non seulement cette plaie, mais encore les lésions viscérales concomittantes ; c'est ainsi qu'on a pu en agrandissant légèrement la plaie diaphragmatique, s'ouvrir une voie de pénétration dans l'abdomen et suturer de larges plaies de l'estomac, examiner des plaies superficielles de la rate ; mais les manœuvres opératoires qui sont surtout facilitées sont la réduction des hernies diaphragmatiques et la suture du muscle. Dans certains cas heureux, on a pu dès la pénétration dans le thorax, suturer les lèvres de la plaie diaphragmatique aux lèvres thoraciques ; cette conduite a l'avantage de fermer immédiatement la plèvre, et de supprimer ainsi, si le pneumothorax s'est produit, la traumatopnée pénible pour le malade, gênante pour l'opérateur ; en outre, comme le disait Peyrot à la Société de chirurgie (6 février 1901), il est probable que ce mode de réunion mette mieux que tout autre à l'abri d'une hernie transdiaphragmatique. Malheureusement ce procédé n'est possible que lorsque la plaie est située dans le voisinage de la paroi thoracique. L'inconvénient principal de la thoracotomie c'est le pneumothorax ; mais la crainte de cette complication ne doit pas faire rejeter l'intervention ; souvent en effet le pneumothorax existe déjà ; dans les cas où il n'existe pas, il ne faut pas s'exagérer les dangers de sa production ; comme l'ont montré Bazy, Shwartz et Rochard, etc., et comme le prouve la lecture de nombreuses observations, le pneumothorax n'est pas grave ; sa production s'accompagne ordinairement, il est vrai, de symptômes inquiétants, mais l'expérience a établi que ceux-ci sont passagers. On peut même essayer de provoquer le pneumothorax lentement comme vient de le proposer Delagénière (1) qui a montré que de cette façon, ces symptômes étaient presque nuls. Lorsque l'intervention est terminée si on a soin de bien occlure la plaie par des sutures et d'appliquer un pansement bien serré, l'air contenu dans la poitrine ne tarde pas à se résorber et le poumon à reprendre son volume normal.

Enfin, il est évident que la voie thoracique et la voie abdominale ne s'excluent pas l'une l'autre. Bien souvent, il faudra commencer par la laparotomie pour se rendre compte des lésions abdominales ; si, celles-ci, étant séparées, on s'aperçoit qu'il est impossible de suturer le diaphragme, la thoracotomie s'imposera. Il faudra la pratiquer immédiatement à moins que l'état du blessé ne la contre-indique absolument ; auquel cas on attendra quelques jours, et quand l'état général du blessé sera meilleur,

(1) Font-Réaulx. — Thèse Paris, 1901.
(2) *Revue de Chirurgie*, 1892.
(3) *Revue des Sciences médicales*, 1891 (article paru à Stockholm, en 188?).
(4) *Bulletin de l'Académie médicale de Rome*, 1890.

(1) Congrès de Chirurgie, 1901.

on fermera sa plaie diaphragmatique par la voie thoracique.

Telles sont, rapidement énumérées, les considérations thérapeutiques que nous voulions faire à propos des plaies du diaphragme. Dans les plaies thoraco-abdominales, très graves par elles-mêmes à cause des lésions viscérales qui sont leurs complications habituelles, il faut, à côté du pronostic propre de ces lésions, faire entrer en ligne la gravité spéciale de la plaie diaphragmatique, gravité moindre évidemment et surtout moins immédiate, mais gravité suffisante pour imposer la nécessité d'un acte opératoire distinct : la suture du diaphragme. C'est par cette suture qu'on évitera la production primitive ou tardive d'une hernie diaphragmatique, hernie redoutable puisqu'elle est à peu près fatalement vouée un jour à l'étranglement.

THÉRAPEUTIQUE USUELLE

Quelques incompatibilités médicamenteuses

Il est des médecins qui associent dans une potion le bromure d'ammonium et la codéine. Cela donne lieu à un dégagement d'ammoniaque et à un précipité de bromhydrate de codéine ; ce précipité n'est pas instantané, mais il se produit à l'état cristallin.

Une autre formule s'est présentée chez certains pharmaciens, et leur a causé quelques soucis. Un collyre dans lequel entrent de l'iodure de potassium, du laudanum et un peu d'eau distillée, est immédiatement envahi par un précipité d'iodhydrate de morphine, lequel entraîne beaucoup de matière colorante. Si l'on filtre ce liquide, ce qui paraît nécessaire, on laisse sur le filtre la presque totalité de la morphine ; le liquide limpide est peu coloré, et un médecin peut croire que la dose de laudanum qu'il a prescrite n'a pas été employée.

Voilà des associations qu'il est bon de signaler aux praticiens. F.

(*Gazette médicale de Nantes*)

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Autopsies légales

M. le Procureur général BULOT vient d'adresser aux Parquets du ressort de la Cour de Paris une circulaire d'une importance qui n'a pas besoin d'être soulignée et de laquelle nous extrayons le passage suivant : « *Autopsies, confrontations à la Morgue et reconstitution des crimes.* — Les juges d'instruction de la Seine emploient trop souvent en matière de meurtre certains procédés d'instruction sur lesquels j'attire principalement votre attention : je veux parler des autopsies, des confrontations du meurtrier avec le cadavre de sa victime à la Morgue ou tout autre lieu, et des reconstitutions de la scène du crime. L'autopsie, qui répugne le plus souvent à la famille de la victime et constitue pour elle une aggravation de sa douleur, ne doit être ordonnée que dans le cas de nécessité absolue, ou sur la demande de la famille si elle justifie d'un intérêt : on ne doit, en tous cas, en user qu'avec la plus grande réserve. Il en est de même pour les confrontations du meurtrier avec le cadavre de sa victime et la reconstitution de la scène du crime ; ces mesures d'instruction constituent pour le prévenu une torture morale contre laquelle l'humanité proteste et qu'il est presque toujours inutile de mettre en œuvre. Vous voudrez bien inviter MM. les juges d'instruction à ne recourir à un de ces trois modes d'information qu'après s'en être entendu avec vous, et en cas de difficulté entre ces magistrats et vous la question devra m'être soumise. » On ne peut qu'approuver cette circulaire.

(*Le Progrès Médical*).

Un nouveau mode d'emploi de l'éther

M. Alb. WARDEN, dans le *Journal of american medical Association*, propose de se servir de l'éther pour arracher aux criminels condamnés l'aveu de leur crime ou de leurs complices.

L'éther serait administré comme dans les opérations chirurgicales, mais seulement jusqu'à la période d'excitation, sans aller jusqu'à l'anesthésie profonde. A cette période, on le sait, l'éther rend loquaces les gens les plus silencieux. On utiliserait ainsi cette propriété de l'éther pour forcer les criminels à dévoiler leur plus secrètes pensées. (*Médecine Moderne*).

MOTS DE LA FIN

Un capucin souffrant fort de la pierre,
Le chirurgien lui dit d'un ton pressant :
— Mon Révérend il faut qu'on vous opère...
Le moine alors. — Risqué-je point, mon frère,
En ce cas-là de rester impuissant ?

(*Marseille Médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Les Fraudes dans les Examens

La loi suivante ayant pour but la répression des fraudes dans les examens, vient d'être promulguée :

Article premier. — Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Art. 2.— Quiconque se sera rendu coupable d'un délit de cette nature, notamment en livrant à un tiers ou en communiquant sciemment, avant l'examen ou le concours, à quelqu'une des parties intéressées, le texte ou le sujet de l'épreuve, ou bien en faisant usage de pièces fausses, telles que diplômes, certificats, extraits de naissance ou autres, ou bien en substituant une tierce personne au véritable candidat, sera condamné à un emprisonnement de un

mois à trois ans et à une amende de 100 francs à 10.000 francs, ou à l'une de ces peines seulement.

Art. 3. — Les mêmes peines seront prononcées contre les complices du délit.

Art. 4. — L'article 463 du Code pénal est applicable aux faits prévus par la présente loi.

Art. 5. — L'action publique ne fait pas obstable à l'action disciplinaire dans tous les cas où la loi a prévu cette dernière.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Sur la proposition de M. l'Administrateur surveillant de l'Hôpital Saint-Sauveur, la **Commission administrative** réglemente comme il suit l'allocation des prix de fin d'année aux externes des hôpitaux :

1° 10 prix de 100 fr. l'un sont répartis chaque année dans la dernière quinzaine de décembre entre les externes en exercice qui se sont fait remarquer par leur assiduité, le concours efficace donné à leurs chefs de service et l'observation des règlements administratifs.

2° Tout externe régulièrement nommé au concours peut y prétendre, si durant un an moins, il a rempli ses fonctions d'externe ou celles d'interne provisoire sans autre interruption de service que les six semaines de congé annuellement consenties. Il n'y aura d'exception que pour les externes appelés au service militaire, lesquels pourront faire compter le temps passé avant leur départ, pour compléter leur année après leur retour.

3° Cette récompense ne pourra être décernée qu'une seule fois au même externe.

4° Les candidats devront se faire inscrire avant le 10 décembre de chaque année au Secrétariat des Hospices, 41, rue de la Barre. Avant de faire l'inscription, le Secrétaire se fera remettre : 1° un relevé du registre des présences tenu par l'Administration particulière de l'hôpital ; 2° un rapport sur la conduite du candidat à l'intérieur de l'établissement ; 3° un certificat du chef de service renseignant sur la qualité des services rendus dans les salles par le candidat et sur sa tenue vis-à-vis des malades et du personnel servant ;

5° Un ou plusieurs de ces prix peuvent être attribués par la Commission des Hospices à des externes qui n'auraient pas fait acte de candidature mais qui, tout en réunissant les conditions énoncées à l'article 2, lui paraîtraient susceptibles d'être récompensés pour services exceptionnels ;

6° Les prix seront remis en argent et sans retenue à la Caisse du Receveur des Hospices, sur présentation d'un mandat dûment délivré par l'Administration ;

7° La présente règlementation sera ajoutée au règlement spécial concernant les élèves en médecine et en pharmacie des établissements hospitaliers de Lille.

— Le **Concours pour deux places d'interne en pharmacie** à l'Hôpital de la Charité, commencé le 15 janvier, sous la présidence de M. Piolaine, devant un jury composé de MM. Thibault, Gérard E., Bouriez, Baratte et Carré, s'est terminé le jeudi 16 par la nomination de MM. Monteil et Thibauet qui ont fait un concours soutenu dans toutes les épreuves.

La question sortie, à l'épreuve écrite, était : *Chlore, Brome, Iode — Des Sirops.*

La seconde épreuve consistait en une reconnaissance de 20 médicaments simples ou composés.

L'épreuve orale avait pour titre : *Les préparations opiacées. — Le Soufre.*

HOPITAUX & HOSPICES

Lyon. — M. le docteur Bérard est nommé, après concours, chirurgien des hôpitaux.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Devernoix, de Brioude (Haute-Loire) ; Résal, de Dompaire (Vosges) ; Ballay, de Rouen (Seine-Inférieure) ; Héliot, de Chef-Boutonne (Charente-Inférieure) ; Bourlier, professeur à l'école d'Alger ; Gibotteau, de la Roche-sur-Yon (Vendée) ; Mazuel, de Manzat (Puy-de-Dôme) ; Le Baron, fondateur du Syndicat des médecins de la Seine ; Thomas, de Cognac (Charente) ; Baraduc, de Châtelguyon (Puy-de-Dôme).

René Follet, interne des hôpitaux de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Guide populaire d'hygiène. — Manuel de la santé publié par l'Office sanitaire de l'empire allemand, traduit d'après la huitième édition allemande, avec l'autorisation des auteurs, par le docteur J. Cryns, médecin-légiste à Verviers (librairie Manceaux, Bruxelles, 1901).

La librairie Manceaux, qui s'est fait une spécialité de présenter au public belge et français toute une série de traductions d'ouvrages étrangers, allemands ou anglais, consacrés par le succès dans leur pays d'origine, a eu l'heureuse idée de donner une traduction française du « Guide populaire d'hygiène, manuel de la santé », publié par l'office sanitaire de l'empire allemand... Cette traduction rendra les plus grands services, non aux médecins ou aux étudiants qui n'y trouveront que les rudiments des notions qu'ils doivent posséder, mais aux instituteurs, aux professeurs de cours d'adultes, à tous ceux, en un mot, qui ont le souci et la charge de faire pénétrer dans les milieux populaires les notions élémentaires de médecine et d'hygiène qui sont nécessaires à quiconque veut aujourd'hui se garantir lui-même et garantir les siens des mille *maux évitables* qui menacent l'humanité. La pénétration de ces *notions élémentaires et capitales* dans les masses, aurait l'avantage aussi de les intéresser plus vivement à tout ce qui touche à la santé publique et de les amener à peser de tout le poids de l'opinion sur les pouvoirs publics si souvent eux-mêmes hésitants ou indifférents en ces matières.

Le « Guide populaire d'hygiène » est divisé en quatre parties. La première est consacrée à l'étude de l'*anatomie* et de la *physiologie élémentaire* de l'homme, la seconde à l'*hygiène individuelle* :

elle énumère successivement les choses nécessaires à l'entretien de la vie de l'homme et les précautions à prendre pour leur garder leur valeur hygiénique : ainsi sont étudiés successivement l'air, l'eau, la nourriture, le vêtement, l'habitation, l'activité et le repos. La troisième partie est consacrée à l'*hygiène sociale et publique*. Y sont étudiés successivement au point de vue de leur influence sur la santé, les agglomérations, les déplacements et voyages, l'éducation, enfin, dans un dernier chapitre — vocation et profession — sont indiqués les avantages et désavantages des diverses sortes d'occupations professionnelles. La police sanitaire est ainsi étudiée au chapitre des voyages, l'hygiène scolaire à celui de l'éducation, l'hygiène industrielle à celui de la vocation. Cette disposition très simple met bien à leur place les différentes notions essentielles et facilite beaucoup la lecture de ces pages. La quatrième partie est consacrée à l'*hygiène prophylactique proprement dite* et les maladies à éviter sont divisées en quatre groupes : celles qui sont dues aux variations des conditions atmosphériques extérieures (chaud, froid, climats, saisons), celles qui sont dues aux agents infectieux, les autres maladies, les accidents. Le livre se termine par douze pages d'instructions concises aux garde-malades.

Ce manuel présente ainsi, en 260 pages, un exposé des notions d'hygiène dont la connaissance est nécessaire à tous. Cet exposé est très concis, mais très clair ; des figures schématiques (au nombre de cinquante-sept) en facilitent encore la compréhension. Bien entendu, ce livre ne cache pas la gloire de la science et de l'hygiène allemande, bien au contraire ! on y peut lire, par exemple, p. 183 : « Les progrès faits par la science dans la connaissance des germes morbides ne remontent pas au-delà de quelques dizaines d'années : le mérite en revient principalement à R. Koch. » Comme cette courte phrase résume dans le livre tout l'historique de la microbiologie, il est évident que les lecteurs se figureront que Koch a absolument tout fait dans cette partie de la science contemporaine. Si cette façon d'écrire l'histoire ne peut être louée, il n'en reste pas moins que le « Guide populaire d'hygiène » constitue un ouvrage éminemment utile et il est tout à fait regrettable que le Comité consultatif d'hygiène publique de France, qui jouit d'une autorité incontestée, ne prenne pas l'initiative d'un Guide populaire français analogue. Nous n'en serions pas réduits à recommander une traduction allemande et un tel ouvrage ferait plus pour les progrès de l'hygiène dans le pays, que toutes les circulaires du ministre de l'intérieur et des préfets. Seul, chez nous, le comité consultatif représente l'autorité nécessaire pour écrire ce livre qui, pour être utile, c'est-à-dire indiscuté, doit être anonyme et émaner d'un corps dont la compétence soit reconnue de tous. Le petit livre du docteur Bouloumié, sur les maladies évitables, ne peut être considéré comme représentant, dans cet ordre d'idées, le maximum de l'effort utile possible pour le Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Dr H. Surmont.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

2e Semaine, du 5 au 11 Janvier 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	»
3 mois à un an	4	6
1 an à 2 ans	2	1
2 à 5 ans	4	3
5 à 10 ans	2	»
10 à 20 ans	1	4
20 à 40 ans	7	9
40 à 60 ans	9	2
60 à 80 ans	11	8
80 ans et au-dessus	1	2
Total	45	35

Répartition des décès par quartier

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	8	10	15	17	11	11	5	2	16	3	5	103
TOTAL des DÉCÈS	6	10	8	10	12	15	8	1	7	1	2	80
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: Autres causes de décès	1	1	3	3	4	6	2	»	3	»	1	24
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculoses	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Méningite tuberculeuse	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Phthisie pulmonaire	2	3	1	3	4	1	1	1	3	1	»	20
Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	»	1	2	2	1	1	2	»	»	»	»	9
Maladies organiques du cœur	1	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	3
Bronchite et pneumonie	1	2	1	1	»	4	»	»	»	»	1	10
Apoplexie cérébrale	»	2	»	»	2	2	1	»	»	»	»	7
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	2
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc.

Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 263. Sixième Année. N° 4. Le Numéro : **10** centimes. 26 Janvier 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.
Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

La prospérité de l'ÉCHO MÉDICAL DU NORD, n'a pas fléchi en 1901, tant s'en faut. La réunion tenue le 23 courant, a montré l'accroissement régulier des recettes et des bénéfices. Le Conseil d'administration du journal, soucieux de sa réputation acquise et désireux d'accroître encore l'intimité et la communauté d'idées qui vont du lecteur à l'auteur, est résolu à faire participer ses fidèles abonnés à cette prospérité, en améliorant encore son œuvre, en améliorant toujours.

LE COMITÉ DE RÉDACTION.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les Splénomégalies chroniques

REVUE GÉNÉRALE

par le Dr **A. Deléarde,**
Agrégé, Chef du Laboratoire des Cliniques

Le chapitre relatif aux maladies de la rate dans les traités de pathologie se borne en général à l'étude de quelques-unes des affections aiguës de cet organe, abcès, kystes hydatiques, tumeurs, et à l'énumération des autres états pathologiques qui peuvent le frapper. Cette façon de décrire la pathologie splénique provient de ce fait qu'il est rare de rencontrer un état morbide isolé de la rate sans retentissement sur les autres organes en particulier sur le foie. On sait en effet que toutes les infections aiguës s'accompagnent d'une tuméfaction de la rate causée par la formation au sein de son parenchyme au moment de l'invasion microbienne, d'un nombre plus ou moins considérable de leucocytes chargés de lutter contre les micro-organismes infectieux envahisseurs. Le travail de prolifération cellulaire intense amène une augmentation de volume, laquelle disparaît au fur et à mesure de la marche de l'infection vers la guérison. L'exemple clinique le plus frappant à cet égard est la modification du volume de la rate dans la fièvre typhoïde. Apparaissant dès le début de la dothiénentérie, la tuméfaction splénique augmente encore dans la période d'état et ne revient à son état normal que longtemps après la convalescence, lorsque cette période n'est pas traversée par les complications d'origine microbienne si fréquentes à ce moment.

Mais à côté de ces splénomégalies transitoires, passagères, qui naissent et disparaissent avec les infections, il est toute une série de splénomégalies que l'on pourrait appeler chroniques car elles sont durables et modifient profondément le volume, la structure de la rate.

Quelques-uns de ces états dépendent encore, les uns, d'infections comme la tuberculose, la syphilis, l'impaludisme, la diathèse lymphogène, les autres, d'intoxications ou de troubles circulatoires concomitants avec des altérations du foie.

L'histoire de cette variété de splénomégalies est éparse dans les chapitres des traités ou dans les revues. Cette dispersion nuit à la compréhension clinique des différentes classes de splénomégalies. Il faut en effet rechercher dans les maladies du sang, dans les maladies du foie, dans les

intoxications, les documents relatifs aux splénomégalies chroniques. Aussi, avons-nous pensé qu'une revue générale où seraient étudiées succinctement les modalités des splénomégalies chroniques pouvait avoir son utilité.

Pour la facilité de la description, nous avons laissé de côté les splénomégalies, que nous appellerons aiguës, parce qu'elles sont passagères et nous avons borné notre étude à l'histoire des splénomégalies chroniques durables. Nous les diviserons en deux grandes classes.

1° Splénomégalies chroniques primitives.

2° — — secondaires.

Dans la première classe, nous rangerons les splénomégalies ne s'accompagnant pas d'altérations des organes avec lesquels la rate est en rapport, plus ou moins intime, au point de vue circulatoire.

Dans la seconde, nous décrirons les splénomégalies qui évaluent conjointement avec les cirrhores du foie.

La pathologie des tumeurs de la rate, tels que les abcès, les kystes hydatiques, sera écartée intentionnellement.

Ce ne sont pas, à proprement parler, des splénomégalies, c'est la présence de la tumeur qui entraîne l'augmentation de volume et la déformation de l'organe.

PREMIÈRE PARTIE

Splénomégalies primitives

Tuberculose. — La tuberculose frappe la rate, ainsi que tous les autres organes, de deux façons : primitivement ou secondairement. La tuberculose secondaire de la rate peut accompagner la granulie, c'est-à dire l'infection tuberculeuse aiguë, dans ce cas son volume n'est guère augmenté, la mort survenant dans des délais plus ou moins rapprochés et la rate se comporte comme dans les septicémies à évolution rapide. Toutefois, dans la tuberculose généralisée chronique rapide des bébés, l'hypertrophie de la rate est la règle. Elle peut être assez marquée pour que sa délimitation par la percussion et la palpation deviennent facile.

Dans la tuberculose pulmonaire ou osseuse, la rate est rarement hypertrophiée tout au moins chez l'adulte. Lorsqu'on constate une tuméfaction de la rate, elle apparaît surtout à la période terminale de la cachexie tuberculeuse et l'augmentation de volume peut être mise sur le compte d'une tuméfaction secondaire par les microbes ordinaires de la suppuration ou bien d'une dégénérescence amyloïde.

Chez l'enfant, la splénomégalie tuberculeuse est plus fréquente. LANDOUZY et QUEYRAT l'ont signalée les premiers. Plus récemment, BEZANÇON et MANICATIDES, ont de nouveau attiré l'attention sur l'hypertrophie de la rate chez les enfants atteints de tuberculose des autres organes, Ils attachent même à ce symptôme une importance clinique assez importante pour affirmer le diagnostic. Cependant le volume atteint par la rate dans de pareils cas n'est jamais bien considérable.

C'est surtout dans la tuberculose primitive de la rate que cet organe acquiert des dimensions notables.

Il existe deux formes de tuberculose primitive de la rate : l'une aiguë, l'autre chronique.

Les observations de tuberculose aiguë primitive sont très rares. Une seule due à SCHAROLDT est citée comme telle. Elle se rapporte à un homme de 25 ans qui fut pris brusquement d'un frisson violent avec sueurs profuses et qui ne tarda pas à succomber après avoir présenté tous les symptômes d'une infection aiguë, épistaxis, céphalée, diarrhée, hyperthermie et coma précédant la mort. Aucun organe ne paraissait présenter pendant la vie une altération capable d'expliquer le cortège symptomatique ni le mauvais état général sauf la rate qui était très hypertrophiée et qui fut trouvée à l'autopsie farcie de granulations miliaires de nature tuberculeuse.

La splénomégalie tuberculeuse chronique est plus fréquente. Les observations étaient éparses dans la littérature médicale lorsque QUÉNU et BAUDET après en avoir rencontré un cas, firent sur ce sujet une étude d'ensemble. Ils réunirent neuf observations de splénomégalie tuberculeuse. La même question revint à l'étude en 1899 à la Société médicale des Hôpitaux de Paris à l'occasion d'une communication de VIDAL et RENDU. Après eux, MOUTARD MARTIN, LEFAS, ACHARD et CASTAIGNE apportèrent de nouveaux arguments dans le débat.

Signalons enfin la revue générale de BENDER ainsi que le nouveau cas récemment signalé par AUCHÉ. En 1897 TEDESCHI (8e Congrès de la *Société italienne de médecine*) avait cru à l'existence chez les détenus d'une splénomegalie qu'il appelait prétuberculeuse parce qu'elle apparaissait chez les individus qui succombaient au bout d'un certain temps à la tuberculose généralisée. Mais, en 1899 (Xe Congrès de la *Soc. italienne de médecine*), cet auteur, revenant sur sa communication antérieure, reconnaissait que la splénomégalie, dite prétuberculeuse, n'était autre chose qu'une tuberculose en évolution dans la rate ; c'était de la splénomégalie tuberculeuse chronique.

De cet ensemble de faits on peut conclure à l'existence d'une tuberculose primitive chronique de la rate.

Quels en sont les symptômes et les formes cliniques ? Le mode de début de la splénomégalie tuberculeuse est obscur. Ce sont des douleurs vagues de l'hypochondre gauche survenant à la suite de la fatigue ou spontanément. Les douleurs peuvent s'irradier dans l'abdomen, ou même se faire sentir jusque dans le membre inférieur gauche (observation de QUÉNU et BAUDET). Elles se réveillent à la pression, c'est ainsi que la malade de QUÉNU et BAUDET les ressentait sous l'influence de la constriction du corset.

Le malade de RENDU et VIDAL, gardien de la paix de sa profession, ne pouvait supporter le port de son ceinturon, et éprouvait de violents points de côté. Toutes les obser-

vations citées par les différents auteurs notent la période de douleurs spontanées provoquées par le décubitus latéral gauche, qui précède celle des troubles généraux et attire l'attention des malades comme celle du médecin vers la région splénique. Les fonctions digestives ne tardent pas également à s'altérer. La langue saburrale provoque une haleine fétide et l'appétit est nul en général ; la constipation tenace s'accompagne de coliques intestinales fréquentes. Il faut signaler les nausées suivies de vomissements, dus vraisemblablement aux poussées de péritonite localisée avec poussées fébriles de durée variable.

Pendant tout ce temps, la rate augmente peu à peu de volume et lorsque les malades se présentent à l'examen, on constate facilement son hypertrophie. Celle-ci peut atteindre des proportions considérables, peser jusqu'à plusieurs kilogrammes (3 k. 780. Observation de Rendu et Vidal) et envahir une grande partie de l'abdomen. La percussion et la palpation la délimitent facilement et permettent de sentir une tumeur en général dure, ligneuse même, de surface bosselée ou lisse à bords réguliers et légèrement mobile dans la cavité abdominale. La matité splénique remonte plus ou moins haut, en général jusque la septième ou la huitième côte. La délimitation entre le foie et la rate, sur la ligne médiane, est dans certains cas assez délicate, surtout lorsque l'hypertrophie de ce dernier organe est très marquée (observation de Quénu et Baudet).

Le foie paraît suivre les variations de volume de la rate et dépasser plus ou moins fortement le rebord des fausses côtes. C'est ainsi que dans l'observation de Moutard Martin et Lefas le bord inférieur du foie dépassait de six centimètres la limite normale sur la ligne mamelonnaire droite. Chez les autres malades l'hypertrophie était moins étendue.

Mais il faut bien reconnaître que l'hypertrophie du foie n'est pas la règle.

La présence de la tumeur splénique entraîne une déformation de l'abdomen qui est renflé surtout dans sa moitié gauche et qui peut également être le siège d'un épanchement ascitique.

L'examen complet des poumons ne décèle pas en général des lésions tuberculeuses très marquées. On a noté dans quelques observations une submatité avec respiration faible à la base du poumon gauche et un léger épanchement pleural du même côté.

L'état général ne tarde pas à devenir mauvais. La fièvre dans la période d'état ne quitte pas le sujet. Elle oscille entre 37°5 et 40° avec des rémissions de durée variable. Les troubles digestifs empêchent l'alimentation, et le malade, affaibli par une nutrition insuffisante ainsi que par les douleurs et la dyspnée qui surviennent à l'occasion des mouvements, s'amaigrit et se cachectise. Son facies est pâle, terreux, la peau rugueuse et sèche est craquelée sur toute la surface du ventre. Les urines n'offrent rien de particulier.

Tels sont les symptômes que l'on relève dans tous les cas ; il en est d'autres au contraire que l'on ne rencontre pas toujours et qui ont même permis de distinguer deux formes de splénomégalie tuberculeuse. La première se caractérise par une hyperglobulie et de la cyanose, la seconde, plus commune, évolue sans hyperglobulie ni cyanose.

La splénomégalie avec hyperglobulie et cyanose a été signalée pour la première fois par Rendu. En 1899, avec la collaboration de Vidal, le même auteur eut l'occasion d'observer un deuxième cas analogue au premier (*Soc. méd. des hôp.*, 2 juin 1899). Chez le second malade le nombre des hématies atteignit dans une première numération le chiffre de 6.200.000 avec 6.000 globules blancs par millim. cube. Dans un examen ultérieur fait par Vacquez, on trouva 5.350.000 gl. rouges et 4.500 blancs. Moutard Martin et Lefas comptèrent jusqu'à 8.200.000 gl. rouges et 31.428 gl. blancs dans une observation (*Soc. méd. des Hôpit.*, 9 juin 1899). Enfin Vacquez (16 juin 1899) rapporte un troisième cas où il avait remarqué une hyperglobulie rouge oscillant entre 8 et 9.000.000. Malgré ce chiffre considérable de globules rouges, ceux-ci ne sont pas déformées, il n'y a pas de formes géantes, ni de globules à noyaux.

Pour interpréter cette hyperglobulie Vaillard, se basant sur la destruction du tissu splénique dans l'observation de Rendu et Vidal, croît que la rate étant normalement un centre de destruction des globules rouges ne peut plus dans le cas de lésions tuberculeuses étendues, accomplir sa principale fonction et les globules rouges n'étant plus détruits augmenteraient de nombre. Cette interprétation reste hypothétique mais le fait de l'hyperglobulie n'en existe pas moins ; les recherches cliniques l'ont parfaitement démontré.

Le second symptôme, la cyanose, a été signalé par Rendu et Vidal. La cyanose, disent ces auteurs, est des plus remarquées au niveau de la face, des doigts, des orteils et d'une façon générale au niveau de toutes les extrémités. Les pommettes, surtout la gauche, sont bleuâtres, violacées et leur coloration tranche nettement avec la teinte jaunâtre du reste de la face. Le bout du nez, les oreilles, les lèvres, le gland présentent cette même coloration violette. Les parties cyanosées sont chaudes. Dans une observation antérieure, Scharoldt avait remarqué également la congestion et la cyanose de la face.

De l'existence des trois symptômes splénomégalie, hyperglobulie sans leucémie et cyanose, Rendu et Vidal en font un syndrome original d'une forme particulière de splénomégalie tuberculeuse distincte de celle où l'on ne rencontre ni hyperglobulie (observations de Achard et Baudet), ni cyanose. Vacquez tout en reconnaissant

l'association fréquente de la splénomégalie et de l'hyperglobulie, qu'il a constaté lui-même, laisse de côté le symptôme cyanose et ne lui attribue pas une constance suffisante pour le considérer comme pathognomonique d'une splénomégalie. La cyanose peut exister dans beaucoup d'affections, en particulier dans les maladies congénitales du cœur. Quoi qu'il en soit, cette discussion a permis de bien faire connaître une forme de splénomégalie tuberculeuse, accompagnée ou non de cyanose.

Étiologie : L'étiologie de la splénomégalie tuberculeuse primitive est assez obscure. L'infection tuberculeuse, comme celle des autres organes, peut se faire par des voies diverses et il est souvent difficile, pour ne pas dire impossible, de retrouver la porte d'entrée du bacille. Ce que l'on peut dire c'est que la splénomégalie est surtout une maladie de l'âge adulte. Une seule observation parmi celles publiées se rapporte à une jeune enfant (Caby).

Anatomie pathologique : Au point de vue anatomo-pathologique deux variétés peuvent se rencontrer. L'une, la plus fréquente, appelée forme fibreuse ou cirrhotique, se caractérise par une rate plus ou moins volumineuse, dure, de surface bosselée, sillonnée de brides de tissu fibreux. A la coupe, on voit des amas de matière caséeuse au milieu du tissu fibreux ou du tissu splénique qui est en grande partie détruit, étouffé par la prolifération conjonctive. L'examen microscopique montre de rares cellules géantes. Les corpuscules de Malpighi n'existent plus qu'à l'état de vestiges noyés qu'ils sont dans les noyaux caséeux ou les travées fibreuses. Le bacille de Koch n'a pas été retrouvé par les auteurs qui l'ont cherché.

L'autre, la forme hémorrhagique et nécrotique a été bien étudiée par Achard et Castaigne. Dans ce cas la rate présente une surface dont les inégalités sont formées par une série de bosselures de grosseur variable, mollasses, diffluentes à la coupe et que l'on retrouve dans la totalité de l'organe. Ces bosselures ne sont pas fournies par du tissu caséeux, ni fibreux, mais plutôt par des éléments rappelant macroscopiquement des noyaux de tumeur maligne, épithéliome ou sarcome. L'examen histologique montre l'existence de fibrilles et de cellules arrondies sans noyau, remplies de granulations, de place en place on voit des débris de globules infiltrés dans le tissu. En somme, disent Achard et Castaigne, dans toutes les zones grisâtres de la rate et dans les ganglions on a malgré les différences de détail l'aspect général de la nécrose totale de coagulation. Ces auteurs ont vu dans les bandes interlobulaires des follicules tuberculeux typiques, ainsi que des cellules géantes avec de nombreux noyaux et de rares bacilles tuberculeux à l'intérieur ou à proximité des travées conjonctives qui dissocient les cellules spléniques.

Enfin la rate hypertrophiée peut produire des lésions de voisinage. Le péritoine présente ou non des adhérences plus ou moins intimes avec la rate. L'ascite n'est pas la règle. Le foie augmenté de volume présente parfois des lésions tuberculeuses (follicules tuberculeux). Les reins sont tantôt sains, tantôt parsemés de fines granulations tuberculeuses.

Pronostic : Le pronostic est fatal à plus ou moins courte échéance. Le malade succombe, soit à une cachexie progressive, causée par les troubles digestifs, soit à une tuberculose généralisée.

Diagnostic : Le diagnostic de la splénomégalie tuberculeuse primitive, est toujours difficile, souvent impossible. La tuméfaction de la rate constatée, il faudra la rattacher à sa véritable cause, l'infection tuberculeuse. On se rappellera que la cyanose et l'hyperglobulie rouge en sont les principaux symptômes, que l'on ne rencontre pas dans la leucémie ou dans la splénomégalie primitive de Debove et Bruhl. Dans cette dernière, l'évolution est plus lente, l'état général se conserve bon pendant de longues années, il y a de l'anémie globulaire. Dans la leucémie, les hémorrhagies faciles, la participation fréquente des ganglions, faciliteront la différenciation, l'examen du sang tranchera la question. L'examen du foie, atrophié ou hypertrophié, permettra d'éliminer dès le début une splénomégalie secondaire concomitante d'une affection hépatique.

Traitement : Le traitement sera naturellement très réduit. Soutenir les forces du malade, sera la principale indication mais aucun moyen n'empêchera l'issue fatale.

Syphilis. — L'étude des altérations histologiques et des modifications de volume de la rate dans la syphilis a attiré depuis longtemps l'attention des auteurs. La syphilis congénitale, comme la syphilis acquise, touche la rate, nous avons donc à étudier les lésions de cet organe dans ces deux cas.

Syphilis congénitale. — En 1851, Desruelles communique à la Société anatomique, une observation d'enfant mort-né syphilitique, chez lequel il existait une splénomégalie. La rate atteignait une hauteur de onze centimètres sur cinq de largeur. En 1867, Sée Samuel (*Société Royale de médecine et de chirurgie de Londres*), rappelle l'augmentation de la rate dans un quart des cas de syphilis héréditaire. Pour cet auteur le développement de la rate peut servir à indiquer la gravité de la cachexie ; la plupart des enfants qui le présentent à un haut degré meurent, quelques-uns pourtant survivent ; la rate diminue alors progressivement de volume à mesure que la santé se rétablit. Depuis ce travail, de nouveaux documents sont venus s'ajouter à ceux signalés par Samuel Sée. Eisenchitz, Lancereaux, font les mêmes constatations. Parrot pousse plus loin l'étude de ce symptôme et dans une communication à la Société de Biologie (16 novembre 1872), rapporte le résultat de ses recherches. La rate saine d'un enfant de sept jours pèserait

en moyenne, d'après cet auteur, 10 gr. 7; celle d'un enfant de cinq à dix jours, 7 gr. 1 ; de dix à vingt jours, 9 gr. 3 ; de vingt à trente jours, 8 gr. 3. Chez les enfants syphilitiques PARROT a trouvé les moyennes suivantes pour la rate : à sept jours et de cinq à dix jours, 38 gr.; de dix à vingt jours, 34 gr. ; de quarante à quarante-cinq jours, 21 à 30 gr.

L'augmentation de la rate chez les hérédo-syphilitiques, est donc notoire, mais fait intéressant, cette hypertrophie va en diminuant, si bien, dit PARROT, que si l'enfant survit, on ne la trouve presque jamais à trois ou quatre mois.

Sur la rate ainsi hypertrophiée on constate un exsudat récent, constituant une néo-membrane analogue à celle d'une plèvre enflammée. Cette phlegmasie reste très localisée à l'enveloppe du viscère et ne se propage jamais sur les parties voisines du péritoine. La rate a conservé son aspect et sa consistance de l'état normal. Les altérations anatomo-pathologiques n'ont pas été étudiées. PARROT attribue la splénomégalie à des lésions cirrhotiques du foie, qui gêneraient la circulation intra-hépatique et secondairement la circulation intra-splénique. Nous verrons plus loin, en étudiant les splénomégalies dans les maladies du foie, ce qu'il faut penser de cette interprétation.

En 1879, CORNIL (Lec. sur la syphilis), signale également la splénomégalie de la syphilis héréditaire.

Il est bon de rappeler combien sont fréquents, chez les enfants syphilitiques mort-nés ou succombant peu de temps après la naissance, les cas de rupture de la rate ayant provoqué une hémorrhagie intra-péritonéale mortelle. On retrouve à l'autopsie une rate plus ou moins volumineuse diffluente et gorgée de sang.

Syphilis acquise. — Depuis peu d'années seulement (1874), l'attention des cliniciens a été attirée sur l'état de la rate dans la syphilis acquise. Rapidement, en effet, après l'inoculation du virus syphilitique, la rate se tuméfie, prend un volume plus ou moins considérable et l'on peut presque dire que cet organe est le premier touché parmi les viscères qui deviendront le siège de lésions syphilitiques. La tuméfaction de la rate dans la syphilis est une preuve de la généralisation rapide de l'infection. Cette altération est absolument l'analogue de ce qui se passe dans les infections aiguës avec toutefois cette seule différence que la splénomégalie syphilitique persiste plus longtemps que dans les autres variétés de septicémie. C'est à ce titre que dans cette revue nous nous occupons de la rate syphilitique.

En 1874, WEIL (*Deutsches Archiv für Klinische medicine*, t. 13), publie trois observations de syphilis récente avec hypertrophie de la rate qu'il a retrouvée sur vingt-cinq autres malades. Les trois sujets portaient encore des traces du chancre. On ne releva chez eux aucune maladie qui put être invoquée comme cause de cet état pathologique. La même année, BESNIER dans l'article rate du Dictionnaire de DECHAMBRE, étudie les modifications de cet organe dans la syphilis. Combattant les idées de FOURNIER qui n'a trouvé dans aucun cas la tuméfaction splénique au début de la syphilis, BESNIER se basant sur ses observations cliniques, arrive à des conclusions opposées. Des recherches minutieuses lui ont permis de retrouver une hypersplénie précoce chez les syphilitiques, laquelle même s'accompagne parfois de splénodynie assez intense confondue à tort avec la pleurodynie syphilitique.

LANCEREAUX considère également l'augmentation de la rate comme constante dans la syphilis acquise, mais cette augmentation serait peu considérable.

En 1876 WERWER (*Deutsch für klinische medicine*) trouve la rate accrue 6 fois sur 79 observations provenant de malades à la période secondaire de la syphilis.

En 1880 GOLD (*Archiv für dermatologie und syphilis*) constate l'hypertrophie de la rate dans la syphilis secondaire.

AVANZINI (*Archiv für dermat. und syphilis*) en 1884, SCHUCHTER en 1887 arrivent aux mêmes conclusions. Le premier travail d'ensemble sur la question est celui de BIANCHI (*Congrès de méd. int. de Rome*, 1888), dans lequel l'auteur déclare avoir trouvé l'hypertrophie splénique surtout pendant la période secondaire de la syphilis. La matité serait toujours en forme de poire et s'étendrait vers la colonne vertébrale, dépassant rarement, en avant, la ligne axillaire antérieure.

WALFERT, arrive à palper la rate, seize fois sur quatre cent quatre-vingt-dix syphilitiques, dont quinze fois, pendant la période secondaire et une fois pendant la période tertiaire. Une pareille constatation indique une tuméfaction énorme et l'auteur ne tient pas compte des cas où la percussion seule a donné une matité perceptible.

En 1892, QUINQUAUD et NICOLLE (*Ann. dermatol. et syphilig.*, 1892, p. 1228), arrivent aux conclusions suivantes, basées sur un grand nombre d'observations : la rate, au cours de la syphilis acquise, se montre constamment hypertrophiée. Cette hypertrophie débute à la période primaire, quelque temps après l'apparition du chancre et de l'adénopathie correspondante, elle devance l'éclosion des accidents secondaires. Dans les premiers mois de la phase exanthématique, la rate reste grosse (en général quatre travers de doigts de matité) et son volume ne paraît nullement en rapport, à ce moment, avec l'intensité des manifestations syphilitiques, il ne semble point non plus modifié par le traitement. A la fin de la première année, la splénomégalie commence à diminuer au moins chez un certain nombre de sujets. Elle disparaît ultérieurement, sauf dans le cas de syphilis maligne, où elle peut persister en pleine période tertiaire. La constatation d'une hypertrophie splénique ou de son développement progressif,

permettra de porter le diagnostic de syphilis à la période primaire.

A la période secondaire, quand il n'existe pas de manifestations ou lorsqu'on se trouve en présence d'accidents d'aspect douteux, la constatation d'une hypertrophie splénique, peut être d'un grand secours, cette hypertrophie comme l'adénopathie générale, représente un symptôme permanent d'infection.

Enfin, en 1895, SOUKERNIT, dans sa thèse inaugurale (Th. Paris, 1895, n° 35), confirme les conclusions de QUINQUAUD et NICOLLE, et comme BESNIER signale la pleurodynie comme existant parfois avec la splénomégalie. Il faut citer enfin la thèse récente de DENTILLAC (Th. Paris, nov. 1901).

L'anatomie pathologique de la splénomégalie syphilitique, est variable suivant la période de l'infection.

J'ai signalé les lésions constatées par PARROT sur la rate d'enfants atteints de syphilis héréditaire. Dans la syphilis acquise on peut relever une hyperplasie diffuse, c'est la lésion la plus commune, d'après BESNIER. Elle est secondaire à des altérations du foie ou plus souvent primitive et liée directement à l'infection syphilitique. La splénite syphilitique est disposée par îlots reconnaissables à l'accroissement de consistance et de coloration du tissu. A un degré avancé, la rate présente des cicatrices fibreuses analogues à celles du foie et des bandes de tissu conjonctif qui sillonnent en tous sens sa surface et son parenchyme.

Les gommes assez rares dans la rate peuvent amener une augmentation de volume ou conserver à l'organe ses dimensions normales. Elles se développent dans le tissu conjonctif sous-capsulaire, de nombre variable, elles se présentent de la grosseur d'un pois ou d'une noix. (HUTCHINSON et JAKSON, Gommes de la rate, *Medical Times and Gazet*, oct. 1862).

Nous avons vu en étudiant la splénomégalie de la période primaire et secondaire de la syphilis, que celle-ci disparaissait d'elle-même et que le traitement spécifique paraissait avoir peu d'action sur elle. Lorsque la rate devient dans la suite de l'évolution de la syphilis, le siège de lésions profondes, telles que gommes ou infiltration conjonctives, le pronostic devient plus grave, non pas du fait seul de cette altération, mais de ce que d'autres organes essentiels à la vie sont également touchés, comme le foie, par exemple. Le traitement, si intensif soit-il, met l'individu à l'abri des accidents immédiats, mais les récidives sont fréquentes et la terminaison fatale, à échéance plus ou moins précoce, est la règle. Le diagnostic de la splénomégalie syphilitique se fait aisément par la percussion et la palpation, si la rate a acquis un volume considérable. La concomitance d'autres accidents syphilitiques : éruptions cutanées, lésions viscérales, facilitent le diagnostic étiologique.

Dégénérescence amyloïde de la rate. — La dégénérescence amyloïde de la rate peut s'accompagner d'une augmentation de volume. Cette modification reconnaît comme cause les états pathologiques ordinaires de toute dégénérescence amyloïde des organes, cachexie paludéenne, syphilis, tuberculose, suppurations osseuses prolongées.

La dégénérescence amyloïde de la rate n'a pas de symptômes propres. Comme elle se produit en même temps que celle du foie, des reins, puisqu'elle relève des mêmes causes, elle est diagnostiquée lorsque la tuméfaction splénique apparaît dans le cours des affections qui sont capables de lui donner naissance.

On sait qu'aucun traitement curatif ne peut enrayer les progrès de la cachexie qui succède à l'infiltration amyloïde des éléments nobles des viscères indispensables à la vie.

Impaludisme. — Je serai bref au sujet des lésions de la rate dans l'impaludisme. Les articles des traités de pathologie sont suffisamment explicites ; il suffit de s'y reporter pour trouver tous les détails nécessaires à l'étude de cette question.

Le paludisme est l'infection qui s'accompagne régulièrement de la tuméfaction de la rate. Même dans l'intervalle des accès, fussent-ils peu fréquents, il est rare que le volume de la rate ne soit pas augmenté. Un seul accès de fièvre paludéenne ne laisse pas cet organe intact ; on sait, en effet qu'il sert de repaire aux hématozoaires. La pulpe splénique au moment de l'accès pullule de parasites.

Nous avons à signaler la splénomégalie dans l'impaludisme aigu et dans l'impaludisme chronique.

Impaludisme aigu. — La rate est fortement augmentée de volume et de poids, elle prend une forme globuleuse. La pulpe splénique de teinte brunâtre est molle, diffluente, maintenue par une capsule amincie. L'examen microscopique montre le pigment sous forme de granules, bruns ou noirs, plus ou moins nombreux et les éléments parasitaires, notamment les formes en croissant. Lorsque le sang ne contient pas d'hématozaires on en trouve dans la rate.

Impaludisme chronique. — La splénomégalie est encore plus marquée que dans l'impaludisme aigu. Le poids de la rate peut atteindre 1 kil. ; ses dimensions moyennes sont de vingt à vingt-cinq centimètres de haut, sur autant de large. La capsule est épaissie, parsemée de brides fibreuses, la consistance est dure. Le parenchyme est ferme, de couleur rougeâtre. Les travées fibreuses sont très developpées. Le pigment mélanique se rencontre dans la pulpe ainsi que dans les gaines périartérielles.

Enfin, dans la cachexie palustre, le volume de la rate est encore augmenté. On a cité des observations dans lesquelles la rate pesait jusqu'à 2 kil. 500. L'organe est

hypérémié, il est atteint de sclérore interstitielle et parenchymateuse. Le pigment est déposé dans les grandes cellules de la pulpe et des sinus, là où la structure glandulaire est conservée.

Les antécédents des malades qui ont séjourné dans des régions à impaludisme, ainsi que les caractères des poussées fébriles intermittentes permettront un diagnostic facile, que viendra du reste confirmer l'examen du sang ou de la pulpe splénique dans lesquels on rencontrera les formes très connues de l'hématozoaire de LAVERAN, ou les pigments ferrugineux qui proviennent de la destruction des hématies.

Le traitement classique de l'impaludisme par les sels de quinine dans les formes aiguës, par la quinine, et l'arsenic dans les formes chroniques et cachectiques sera avec l'hydrothérapie à employer d'après les règles établies.

Splénomégalies et lymphatisme. — Dans ce chapitre, nous avons à passer en revue un certain nombre de variétés de splénomégalies différenciées les unes des autres par les auteurs qui les ont décrites, mais que les progrès de la clinique et de l'anatomie pathologique ont permis de réunir en un seul groupe. En effet, la splénomégalie primitive de DEBOVE et de BRUHL, le cancer primitif de la rate ou maladie de GAUCHER ne sont que les premiers stades des splénomégalies de la diathèse lymphogène qui se termineraient, si la survie du malade permettait une observation d'assez longue durée, par la lymphadénie et en dernier ressort par la leucocythémie. On sait, en effet, que la rate est l'organe dans lequel se forment les cellules lymphatiques. L'hypertrophie de la rate amène une augmentation dans la production des leucocytes, mais ceux-ci ou bien restent enfermés dans les mailles du tissu splénique, ou bien se déversent dans la circulation générale et provoquent la leucocythémie. Dans une période intermédiaire à ces stades de début et de terminaison, il existe un état pathologique, la lymphadénie, où le processus qui s'était d'abord localisé à la rate, envahit tous les ganglions lymphatiques qui s'hypertrophient et forment dans la région du cou, en particulier, des tumeurs plus ou moins volumineuses.

Cette manière d'envisager le groupe pathologique des splénomégalies de nature lymphatique, n'est pas nouvelle. JACCOUD l'a signalée dans une leçon clinique sur la diathèse lymphogène (*Sem. méd.*, 1892) et VIRES, dans une Revue générale (*Gaz. des Hôpit.*, 1897), l'a admirablement exposée.

Voyons donc les différentes formes cliniques de splénomégalies de la diathèse lymphogène.

En 1882, GAUCHER décrivait dans sa thèse inaugurale, sous le nom d'*épithelioma primitif de la rate*, une hypertrophie idiopathique de la rate sans leucémie. Cette hypersplénie est caractérisée par une hypertrophie progressive de la rate à marche lente, sans fièvre, sans leucémie, sans ascite, sans hypertrophie ganglionnaire, indépendante de la leucocythémie et de l'infection paludéenne.

Cette affection splénique est primitive et isolée. Le début de la maladie est insidieux et marqué, soit par une douleur sourde dans la région splénique, soit par la tuméfaction de l'hypochondre gauche. L'hypertrophie qui reste régulière, totale et uniforme, augmente rapidement et l'organe atteignant des proportions énormes, peut dépasser la région sous-ombilicale gauche et descendre dans la fosse iliaque gauche. Le poids de la rate dans le cas de GAUCHER était de 4 k. 770 gr. Le volume du foie suit les variations de celui de la rate, mais à un degré moindre ; son hypertrophie, quoique notable, ne dépasse les fausses côtes que de quelques travers de doigts. L'abdomen se déforme par suite de l'hypersplénie et du gros foie, mais à aucun moment la cavité péritonéale ne contient le moindre épanchement ascitique.

La douleur provoquée par la marche, la station debout prolongée, augmente d'intensité et se manifeste sous forme de crises. La dyspepsie, la constipation, la dypsnée, les palpitations cardiaques, l'œdème des membres, sont dues à la compression exercée par la rate et le foie sur les organes abdominaux. GAUCHER signale également d'autres symptômes, dus à l'essence même de la maladie, tels que l'épistaxis, les hémorrhagies cutanées, le purpura, le ramollissement des gencives qui deviennent fongueuses et saignent facilement. L'ictère, de nature hémaphéique, dépendant des lésions du foie, ne s'accompagne pas de pigments biliaires dans l'urine.

L'examen du sang ne révèle pas une augmentation du nombre de globules blancs. Les hématies sont en quantité inférieure à la normale. Il y a anémie globulaire sans leucémie, ni hypertrophie ganglionnaire.

La durée de l'affection est très longue, plusieurs années, vingt-sept ans dans le cas de GAUCHER ; le malade succombe aux progrès de la cachexie ou à une infection intercurrente, tuberculose, pneumonie, pleurésie.

Rien de connu au point de vue étiologique, car on ne retrouve dans les antécédents aucune trace d'impaludisme, ni de syphilis.

Anatomie pathologique. — L'examen macroscopique de la rate montre une enveloppe épaissie. Le tissu splénique est induré, sclérosé. Les coupes microscopiques ont permis à GAUCHER de constater que les éléments nucléaires de la rate normale étaient remplacés par des cellules arrondies, munies d'un noyau. Les vaisseaux en grande partie disparus, étaient étouffés par la néoplasie conjonctive, les corpuscules de MALPIGHI n'étaient plus visibles. Ces différents degrés d'évolution, dit GAUCHER, me font admettre que les cellules néoformées résultaient de la transformation cellulaire directe des épithéliums nucléaires normaux de la rate. C'est pourquoi j'ai donné, à cette lésion, la dénomination histologique d'épithélioma primitif de la rate.

Dans d'autres cas observés par GAUCHER, depuis la publi-

cation de son premier travail (*Sem. méd.*, *1892*), les mêmes symptômes et les mêmes lésions ont été retrouvés.

La splénomégalie primitive décrite pour la première fois par Brühl en 1891 (*Arch. de méd.*, 1891, p. 673 et 1892 p. 160), est une affection dont l'auteur précité veut faire une entite morbide très différenciable des autres splénomégalies. S'appuyant sur les observations antérieures de Woillez, de Collin, de Wunderlich, de Griesinger, de Müller, de Landouzy et de Banti. Brühl, ajoutant un cas personnel, décrit dans un long mémoire la maladie qui porte son nom. Mais si l'on compare la description qu'il en donne et l'anatomie pathologique qu'il étudie, d'après les travaux de Banti, avec la forme de splénomégalie signalée par Gaucher sous le nom d'épithélioma primitif de la rate, on remarque qu'il n'existe entre les deux affections aucune différence marquée. De part et d'autre, c'est le même ensemble symptomatique, hypersplénie avec anémie globulaire sans leucémie, hémorrhagies cutanées et des gencives, hypertrophie peu considérable du foie, troubles digestifs, enfin cachexie progressive après une durée de plusieurs années. Au point de vue anatomo-pathologique, on constate également un rapprochement très net. La rate conserve sa forme, sa consistance est ferme, la capsule épaissie donne naissance à des travées fibreuses qui sillonnent la pulpe de l'organe, destruction complète des capsules de Malpighi et infiltration conjonctive formée de petites cellules arrondies qui prennent la place des éléments nobles et étouffent les vaisseaux dont la lumière est fortement rétrécie par suite d'une cirrhose périvasculaire. Cette analogie avait du reste frappé Gaucher qui, en 1892, (*Sem. méd.*), après la communication de Debove à la *Soc. méd. des hôp.* (29 juillet 1892) sur la maladie étudiée par Brühl revendiqua la priorité de la description et montra que le syndrôme clinique de Brühl n'était autre chose que l'hypertrophie idiopathique de la rate sans leucémie qu'il avait fait connaître dans sa thèse de 1882.

En réalité, la différence nosographique des deux affections est très difficile à établir, car ni l'étiologie, ni la pathogénie qui sont inconnues, ne peuvent apporter des arguments dans le débat.

Depuis 1892, tant en France qu'à l'étranger, Gaucher (*Semaine médicale*, 1892). Picou et Ramond (*Archives générales de médecine*, 1896). Samuel West, Coupland, Taylor, Murray (*Semaine médicale*, 1896). Benvenuti (*9e Congrès de médecine international*, 1898 (Italie), des observations nombreuses de splénomégalie primitive ont été publiées. Les symptômes étudiés par les cliniciens concordent tous avec ceux étudiés par Gaucher. L'anémie globulaire et l'absence de l'anémie sont de règle ainsi que la cachexie finale qui a même valu à la splénomégalie primitive le nom d'anémie ou encore de cachexie splénique.

Le traitement de la splénomégalie primitive par l'extirpation de la rate a été essayé par plusieurs chirurgiens et a donné des résultats (voir Th. Vanverts, Paris 1897). Le traitement médical recommandé par Gaucher consiste à donner du fer et de l'arsenic qui ont amené une guérison chez un malade observé par Gaucher et Michaux. Koester en Allemagne a obtenu d'excellents effets thérapeutiques avec les inhalations d'oxygène. Sous leur influence la rate diminua de volume, l'examen du sang montra une augmentation progressive des hématies. De 770.000 avant le traitement, le chiffre de globules rouges monta à 3.800.000 au moment de la sortie de la malade de l'hôpital.

Dans sa thèse inaugurale, Luzet (Th. Paris 1891, n° 113) étudie une affection que l'on rencontre chez l'enfant et à laquelle il donne le nom d'*Anémie infantile pseudo leucémique*. Il la définit de la façon suivante : « c'est une maladie à évolution subaiguë plutôt que chronique, spéciale aux nourrissons, laquelle se développe insidieusement sans cause actuellement connue et se caractérise cliniquement à sa période d'état par une anémie grave avec augmentation du volume de la rate et du foie, par la présence dans le sang d'un grand nombre de cellules rouges, dont beaucoup présentent des phénomènes de karyokinèse et par une augmentation modérée du nombre des globules blancs ». La lésion du sang la différencie des espèces connues de leucocythémie et l'absence de tuméfactions ganglionnaires la sépare nettement de l'adénie.

Le début de la maladie, toujours insidieux, se manifeste par un affaiblissement général et quelques troubles gastro-intestinaux. La période d'état est rapidement instituée. L'enfant apathique, indolent, est plongé dans une asthénie généralisée ; il cherche le repos, les mouvements lui sont pénibles. La pâleur des téguments et des muqueuses contraste avec une bouffissure de la face et du corps. Un œdème mou et incolore se localise aux membres inférieurs. Le ventre est développé et distendu par l'hypertrophie énorme de la rate et du foie. La splénomégalie atteint des proportions parfois considérables, la rate peut descendre jusqu'à la crête iliaque. De consistance dure, elle conserve sa forme générale et la palpation n'est douloureuse que si elle s'entoure de périsplénite.

Le foie est moins hypertrophié que la rate. Il y a souvent de la gastro-entérite qui, avec le purpura, les épistaxis et les hémorrhagies multiples marquent la période terminale de la maladie.

La marche de l'affection est assez lente, elle peut durer une année. La cachexie progressive, avec les symptômes d'urémie et les hémorrhagies multiples sont les modes de terminaison. On a toutefois cité des guérisons obtenues par le fer et la quinine.

Le diagnostic de cette forme est assez facile lorsqu'on a éliminé la syphilis et la tuberculose. L'absence de tuméfaction ganglionnaire fera rejeter l'adénie, comme le

nombre relativement peu élevé de globules blancs dans le sang permettra de ne pas s'arrêter au diagnostic de leucocythémie.

Dans les splénomégalies précédentes, les ganglions lymphatiques restaient sains, l'absence de leur hypertrophie et de la leucémie étaient même la caractéristique des affections que nous venons de signaler. Dans le second groupe, l'hypertrophie gagne tout le système lymphatique ou bien reste localisée à un certain nombre de ganglions. Mais la leucémie manque tout au moins au début de la maladie. C'est la *lymphadénie ganglionnaire généralisée*, encore appelée *adénie* de Trousseau, maladie de Hodgkin, *lymphadénie* de Bonfils, *lymphocytome aleucémique chronique*. Le début de la lymphadénie généralisée ne se fait pas invariablement par la rate, les ganglions lymphathiques de la région du cou peuvent se prendre les premiers et le processus envahir secondairement et plus ou moins rapidement tout le système lymphatique. Dans le 1/3 des cas, la rate est touchée et acquiert un volume énorme. Les ganglions atteints sont d'abord indolents, faiblement accrus, mobiles, puis peu à peu leur volume augmentant tout le groupe ganglionnaire se prend en une masse volumineuse bosselée, dure, adhérente. Ce sont les ganglions du cou qui s'hypertrophient les premiers et l'on connaît l'aspect que présentent les individus atteints de lymphadénie. Les symptômes de la lymphadénie généralisée sont de deux ordres: les uns sont dus à la compression qu'exercent sur les organes voisins les ganglions tuméfiés, et varient naturellement suivant les régions; la gêne circulatoire provoque des œdèmes périphériques et de l'ascite. La compression des filets nerveux amène des douleurs lancinantes. L'hypertrophie des ganglions médiastinaux fait apparaître tous les signes des tumeurs du médiastin: dyspnée, altérations de la voix, toux quinteuse, œsophagisme. On a noté l'ictère par obstacle à la libre circulation de la bile dans les canaux biliaires par les tumeurs ganglionnaires mésentériques.

Les autres symptômes sont sous la dépendance de la nature profondément dépressive de la maladie. L'asthénie et une grande apathie morale ne tardent pas à se montrer, puis les forces baissent davantage par suite de l'anorexie. L'amaigrissement et la pâleur des téguments donnent un faciès particulier. Le sang normal au début offre une anémie globulaire plus ou moins avancée sans augmentation du nombre de leucocytes. Ce n'est qu'à la période terminale que la leucémie apparaît. Mais ce mode de terminaison n'est pas obligatoire et le malade peut succomber sans avoir présenté de leucémie. L'évolution de la maladie est variable. Elle dure de quelques mois à trois ans au plus, mais elle est fatalement mortelle et la terminaison se fait par suite du progrès de la cachexie. Des accès fébriles d'intensité moyenne qui s'ajoutent aux hémorrhagies gingivales, au purpura, à la perte de l'appétit, conduisent peu à peu le malade à la période d'émaciation au milieu de laquelle ils s'éteignent doucement.

Sous le nom de *lymphocytome pseudo-leucémique aigu* ou encore de *pseudo-leucémie infectieuse* et de *fièvre rémittente chronique*, Pel et Elstein ont rapporté des observations de plusieurs cas dans lesquels l'évolution de la maladie a duré quelques semaines. Cette forme équivaut à la leucémie aiguë, sauf la formule hématologique qui ne montra pas de globules blancs dans le sang. La marche aiguë et rapide, due vraisemblablement à des infections intercurrentes, évolue au milieu de symptômes caractérisés par des adénopathies multiples, une splénomégalie plus ou moins volumineuse, les métastases dans la plèvre et le poumon. La mort est due à un affaiblissement général et rapide des forces, ainsi qu'à des infections secondaires dont la fièvre qui apparaît à la période terminale est un des signes.

Il ne faut pas confondre le lymphosarcome avec les formes précédentes. Dû à la puissance de prolifération des lymphocytes, il peut venir compliquer le lymphocytome aleucémique chronique. La tumeur a pour origine les ganglions d'une région déterminée (région cervicale, axillaire, inguino-crurale, trachéo-bronchique, mésentérique, etc...), ou encore les follicules lymphatiques d'une muqueuse (pharynx, intestin), ou les corpuscules adénoïdes d'un organe (rate). Il s'étend avec rapidité au-delà des enveloppes ganglionnaires, infiltre par contiguïté les organes voisins, englobe les muscles, les vaisseaux, les nerfs mais, fait important, ne produit pas souvent de métastase viscérale, car il épargne la rate et le foie. Seule la masse ganglionnaire voisine du point de départ est agglomérée et ne forme qu'une tumeur énorme bosselée et molle.

Le lymphosarcome est de nature cancéreuse. Il évolue en un laps de temps qui varie de six à dix-huit mois au plus. Les phénomènes de compression prennent dans cette affection une importance plus ou moins considérable suivant le siège de la tumeur.

Une observation publiée par Hayem dans son ouvrage *sur les maladies du sang* représente un type assez particulier de lymphosarcome. Sous le nom de *pseudo-leucémie avec splénomégalie*, cet auteur relate l'histoire d'un homme de 36 ans dont la maladie remontait à huit mois et avait commencé par une poussée de furoncles et de prurit généralisé à tout le corps. La rate était dure, résistante, indolore à la palpation. Le foie était normal. Le malade présentait les signes d'un épanchement pleural à gauche, il avait des vomissements incoercibles qui empêchaient toute alimentation, de la fièvre, des sueurs. La numération des éléments du sang ne témoignait pas d'une anémie notable. Il n'y avait pas de leucémie. L'état général

devint de plus en plus mauvais et le malade succomba en pleine période de cachexie. L'autopsie démontra une rate d'un poids de 2 k. 430 dont la capsule présentait des plaques fibro-lymphomateuses, de couleur blanc-jaunâtre, avec des taches hémorrhagiques.

Des coupes faites sur divers points de la rate laissaient voir une infiltration diffuse de masses blanchâtres, dures, donnant peu de sang au râclage. Au niveau du hile de la rate, on trouva un ganglion hypertrophié, le mésentère était parsemé de petites tumeurs dures, blanchâtres, formées de ganglions isolés ou réunies en amas ; une tumeur plus grosse comprimait le duodénum. Les glanglions prévertébraux, hypertrophiés et fusionnés ensemble formaient une masse dure. Au niveau de la cuisse droite, en plein quadriceps fémoral, on trouva une masse néoplasique dont l'aspect rappelait celui des tumeurs ganglionnaires. L'examen histologique des tumeurs permit de reconnaître la texture du lympho-sarcome. DUGUET en 1879 (*Bull. de la Soc. anat.*), avait relaté une observation analogue.

Nous arrivons au troisième groupe clinique de la diathèse lymphogène, c'est-à-dire celui dans lequel les leucocytes ont franchi les limites des organes hématopoiétiques, rate, moelle des os, ganglions, pour envahir la circulation générale et se mêler en plus ou moins grande abondance aux globules rouges. C'est l'étape finale de l'infection lymphatique. La leucémie est le terme général qui convient à cette forme. On l'a encore appelée le cancer du sang.

Laissant de côté l'historique confus de la question dans lequel les travaux de WIRCHOW les premiers en date (1847), furent discutés et complétés par des observations de NEUMANN, de MOSSLER, de MÜLLER, nous diviserons, à l'exemple d'EHRLICH, les leucémies en deux variétés d'après les caractères hématologiques, anatomo-pathologiques et cliniques. Cette division est celle proposée également par SABRAZÈS dans son rapport au *Congrès de médecine de Lille, 1899.*

1° La *leucémie myélogène* ou *myélocytaire* ou *myéloleucocytaire*, ou encore *leucémie splénique* (HAYEM), due à une hypertrophie myéloïde de la moelle des os, avec état myéloïde du sang et de différents organes, parmi lesquels la rate figure au premier rang.

2° La *leucémie lymphatique*, ou *lymphocythémie*, due à une transformation lymphoïde des territoires hématopoiétiques et une augmentation considérable du nombre des lymphocytes dans le sang.

Cette forme comporte deux subdivisions :

1° Lymphocythémie aiguë.

2° Lymphocythémie chronique.

Leucémie myélogène, ainsi appelée à cause de la prédominance dans le sang des myélocytes ou cellules mononucléées neutrophiles qui se rencontrent normalement dans la moelle osseuse. Leur chiffre peut atteindre 50.000 par millimètre cube. L'augmentation des autres formes de globules blancs est également la règle, ainsi que la présence de globules rouges nucléés.

Le début est insidieux, on ne relève aucun symptôme caractéristique et la maladie ne se dévoile que lorsqu'elle est déjà constituée. C'est un affaiblissement général, une tendance aux hémorrhagies, un gonflement de l'abdomen, une douleur à l'hypochondre gauche. L'appétit diminue, la diarrhée alterne avec la constipation, la température est sujette à des exacerbations sans cause bien appréciable.

La rate est considérablement augmentée de volume. Le palper abdominal permet de la délimiter facilement. Elle occupe toute la moitié gauche du ventre, ses bords sont saillants et découpés, sa surface lisse ; de consistance élastique elle est légèrement douloureuse au palper. L'engorgement ganglionnaire des régions classiques provoque la formation de tumeurs de grosseurs variables. Les hémorrhagies sont très fréquentes, l'hémophilie est la règle. Enfin la composition anormale du sang qui est la cause de ces effusions sanguines provoque également des obstructions vasculaires.

La marche de la myélocythémie est en général chronique. Sa durée moyenne est de deux à quatre ans. La mort arrive soit par les progrès de la maladie qui détermine une cachexie profonde, soit par un accident intercurrent tel qu'une hémorrhagie cérébrale ou une maladie infectieuse.

Lymphocythémie aiguë. — D'après FRAENKEL la formule hématologique de la lymphocythémie ou leucémie aiguë serait la suivante : Diminution considérable des globules rouges et de leur teneur en hémoglobine, augmentation très notable des globules blancs, prédominance des lymphocytes grands et petits sur les autres types leucocytaires, d'où le nom de lymphocythémie. Elle apparaît sans cause nettement connue, à tous les âges.

Son début est marqué par de la lassitude générale, des douleurs articulaires vagues, de la splénalgie, des palpitations, du vertige et surtout des hémorrhagies cutanées ou muqueuses. Les divers groupes ganglionnaires sont plus ou moins tuméfiés, la rate et le foie sont hypertrophiés. La température reste élevée pendant la durée de la maladie qui ne dépasse guère deux mois.

On admet à l'heure actuelle que les lymphocytes ou cellules à gros noyau unique, avec un protoplasma peu abondant, se forment dans les organes hématopoiétiques (ganglions, follicules clos ou agminés, rate, moelle osseuse, foie), mais le point de départ de la prolifération leucocytaire est souvent difficile à trouver, à cause de la généralisation précoce des lésions aux différents lieux de production et à l'évolution rapide de la maladie.

Lymphocythémie chronique. — Les symptômes ne

diffèrent pas de la lymphocythémie aiguë. La seule différence est la marche plus lente de l'affection. La maladie suit son cours en plusieurs mois.

Dans chacune de ces formes la mort est fatale. Elle est amenée par les progrès de la cachexie, ou par des complications hémorrhagiques et infectieuses.

On peut réunir dans un chapitre d'ensemble les *causes étiologiques* de la diathèse lymphogène. On a vu par l'exposé qui précède qu'elle peut frapper tous les âges. Des enfants de six à vingt mois jusqu'aux vieillards peuvent en être victimes, mais c'est surtout dans l'âge moyen de la vie qu'elle se rencontre. Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes. L'hérédité directe est moins importante que l'hérédité collatérale.

Des causes banales multiples se retrouvent parfois dans les antécédents des malades. Le traumatisme, le froid, la misère physiologique, les chagrins, la vie sédentaire, ont été invoqués. Il en est de même des maladies infectieuses; on a attribué un rôle plus particulièrement important aux amygdalites, aux entérites, ainsi qu'aux inflammations aiguës ou chronique des muqueuses nasales et buccales. Les recherches bactériologiques sur le sang et la lymphe des malades atteints d'adénie et de leucocythémie, ont abouti à des résultats différents.

De nombreux auteurs ont isolé des microorganismes tantôt vulgaires comme le staphylocoque, tantôt nouveaux (bacille court Kelsch et Vaillard), mais la spécificité de la diathèse lymphogène par un microbe unique n'a pu être démontrée. A côté des résultats positifs, il faut citer également les cas très nombreux où l'ensemencement du sang et de la lymphe est resté stérile.

Le caractère infectieux de la leucocythémie n'est donc pas nettement démontré. Il manque la découverte du micro-organisme, la contagiosité, l'inoculation expérimentale. Toutefois, sous l'impulsion de Delbet, la théorie microbienne de la diathèse lymphogène a conquis du terrain.

En s'appuyant sur un certain nombre de faits cliniques, tels que l'apparition de la lymphadénie après des maladies infectieuses, la marche irrégulière avec période de régression, les poussées fébriles accompagnant les fluxions ganglionnaires, enfin la présence de microorganismes dans le sang et dans la lymphe, on peut cependant remarquer que les arguments en faveur de la nature infectieuse de la diathèse lymphogène méritent d'être considérés ; ce n'est pas encore une certitude, mais seulement une probabilité telle qu'elle équivaut presque à une véritable démonstration.

Dans ce cas le terme de diathèse que nous avons employé dans le cours de ce travail serait mal choisi ; il devrait être remplacé par celui d'infection ; nous l'avons cependant maintenu jusqu'à ce que la nature microbienne des affections que nous avons étudiées ne soit plus mise en doute.

Diagnostic : Le diagnostic des différentes formes de la diathèse lymphogène se fera facilement si on a soin de recourir à l'examen du sang et à la numération des globules rouges et blancs. Reste, dans le cas où la tuméfaction ganglionnaire constitue le seul symptôme, à rechercher les causes possibles de l'adénie : la tuberculose, le cancer, la syphilis, les infections aiguës frappant les organes voisins des ganglions tuméfiés sont susceptibles de provoquer le gonflement des ganglions et chacune de ces causes étiologiques ayant des caractères propres, il sera encore aisé de trouver le point de départ original de la maladie.

Quant au *traitement médical*, il comprend la médication iodurée, la médication mercurielle, la médication phosphorée, la médication arsenicale et enfin la médication tonique avec le fer et les sels de quinine. Chacune d'elles compte des guérisons ou des améliorations à son actif et il peut être utile de les essayer tour à tour ou de les associer. Toutefois Hayem donne la préférence au traitement arsenical.

Encouragé par les résultats que donne le traitement par le suc thyroïdien dans la maladie de Basedow, on a essayé l'extrait de rate et de ganglions chez les leucémiques. Hayem n'a tiré de ce mode de traitement aucun résultat.

Le traitement chirurgical qui consiste en l'ablation de la rate est absolument contre-indiqué dans les formes de leucémie.

(A suivre).

MOTS DE LA FIN

Le canon obstétrical

Un mari pleuroit pour sa femme,
Voyant qu'en travail elle étoit,
Et que si fort elle pétoit
Qu'elle alloit presque rendre l'âme.
Comme elle jetoit des hauts cris,
Un galant, avec un souris,
Dit pour réjouir l'accouchée :
« Vous êtes, madame Nanon,
Bien avant dedans la tranchée.
Puisque vous tirez du canon. »

NOUVELLES & INFORMATIONS

Dans le but de développer en France le goût des études d'histoire de la Médecine et des Sciences qui s'y rattachent, considérée au multiple point de vue de l'évolution des doctrines et des institutions, de la biographie, de la bibliographie, et des recherches documentaires, il se fonde en ce moment à Paris une **Société française d'Histoire** de la Médecine, sous le patronage et avec le concours de ceux qui, à l'Académie, à la Faculté, dans

les Bibliothèques, parmi les indépendants appartenant ou non au monde médical, croient à l'influence heureuse des études historiques sur l'évolution de la Médecine.

La première réunion générale, consacrée à l'adoption des statuts, aura lieu le mercredi 29 janvier, à cinq heures et demie, dans le petit Amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. le Dr Raphaël Blanchard, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de Médecine, président du Comité d'organisation.

Le Secrétaire général est le Dr Albert Prieur, rédacteur en chef de la *France Médicale*.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Notre excellent collègue, le docteur Fockeu, a récemment été fait **Chevalier du Mérite agricole**. Nous lui adressons, avec nos félicitations, l'expression de nos bien vives sympathies.

— Dans une récente séance, la **Commission des Hospices** a donné avis favorable à l'ouverture d'une consultation des maladies chirurgicales des enfants à l'hôpital de la Charité, et en a confié la direction à M. le docteur Lambret, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Soutenance de Thèse

M. P.-M.-D. Verhaeghe, d'Arleux (Nord), interne des hôpitaux de Lille, a soutenu avec succès, le lundi 13 janvier, sa thèse de doctorat (6e série, n° 65), intitulée : **De la Sciatique consécutive à l'arthrite sèche de la hanche.**

Notre Carnet

Le 22 janvier a été célébré, à Anor, le mariage du docteur Sutter, de Glageon (Nord), avec Mademoiselle Marthe Lécoyer.

Le 23 janvier a eu lieu le mariage du docteur Gallois, de Lille, aide de clinique à la Faculté, avec Mademoiselle Léonie Wimille.

Nous adressons à nos jeunes confrères nos meilleurs souhaits de bonheur.

UNIVERSITÉ DE PROVINCE

Rouen. — M. le docteur Longuet est nommé, après concours, professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Distinctions Honorifiques

Médaille des épidémies. — La médaille en argent a été décernée à MM. les docteurs Reynaud et Chevallet, de Saint-Etienne, pour leur dévouement au cours d'une épidémie de diphtérie.

Mérite agricole. — Ont été nommés *Chevaliers* : MM. les docteurs Fournaise, Petit, de Paris ; Duputel, de Rouen ; Olivier, de Levignac-de-Seyches (Lot-et-Garonne).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

3e Semaine, du 12 au 18 Janvier 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	10	6
3 mois à un an	6	3
1 an à 2 ans	2	5
2 à 5 ans	2	1
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	»	2
20 à 40 ans	5	7
40 à 60 ans	7	4
60 à 80 ans	4	12
80 ans et au-dessus	2	4
Total	38	45

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	9	15	22	24	11	9	11	10	11	4	3	129
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS												
TOTAL des DÉCÈS	7	10	12	14	5	11	6	6	7	1	4	83
Autres causes de décès	1	5	3	6	3	7	1	3	1	»	3	33
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse	2	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	4
Phthisie pulmonaire	»	2	4	2	»	1	1	1	»	»	»	11
Diarrhée et entérite — plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite — de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite — moins de 2 ans	2	»	»	2	»	1	»	»	2	1	1	9
Maladies organiques du cœur	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2
Bronchite et pneumonie	»	1	3	2	»	1	»	»	2	»	»	9
Apoplexie cérébrale	1	»	2	1	2	»	2	1	1	»	»	10
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 264. Sixième Année. N° 5. Le Numéro : 10 centimes. 2 Février 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 fr. par an.
Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Des modifications des réflexes dans les traumatismes médullaires

Par le Dr **O. Lambret**
Professeur agrégé, chargé du cours de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Lille.

La discussion qui vient d'avoir lieu à la Société de chirurgie a rappelé l'attention sur la symptomatologie des traumatismes de la moelle épinière Cette symptomatologie est importante à connaître dans ses moindres détails, car le pronostic des traumatismes du rachis et de son contenu est étroitement lié à l'état de la moelle, détruite en un point, ne se répare pas et que sa section équivaut à un arrêt de mort à bref délai. Quand on se trouve en présence d'une fracture ou d'une luxation de la colonne vertébrale ou d'une plaie par arme à feu ou par instrument tranchant s'accompagnant de phénomènes médullaires, la question est donc de savoir si la continuité du névraxe est interrompue ou non ; car, en effet, la moelle peut être détruite, écrasée, sectionnée, contusionnée ou intacte, comprimée, commotionnée. Or, l'étude des modifications de la motilité et de la sensibilité ne permet pas de préjuger de la lésion médullaire, car leur paralysie complète peut être entraînée par la contusion aussi bien que par la destruction de la moelle, par sa commotion aussi bien que par sa compression. Nous supposons, bien entendu, que le traumatisme est récent, car, par la suite, l'allure des phénomènes symptomatiques se modifie : la transmission de l'influx nerveux se fait à nouveau dans les deux sens d'une façon plus ou moins normale quand il y avait simplement commotion ou contusion ; les paralysies persistent dans les cas de destruction ou de compression. Dans ces dernières années, on a été amené à penser que l'étude des modifications des réflexes serait à même de nous renseigner sur l'état de la moelle. Malheureusement, il semble aujourd'hui démontré que cet espoir ne s'est pas réalisé. L'intervention de M. Delbet, dans la discussion à laquelle je faisais allusion plus haut, a eu pour objet l'examen de la valeur exacte de ces modifications des réflexes ; cette valeur, j'ai eu l'occasion de l'étudier à différentes reprises (1), c'est pourquoi je me crois autorisé à revenir aujourd'hui sur ce sujet.

Au premier abord la question paraît simple et semble pouvoir être résolue par nos connaissances

(1) Lambret. — Un cas d'hématorachis traumatique (*Bulletin méd.*, 1895).
Des réflexes dans les traumatismes de la moelle épinière (*Arch. prov. de chir.*, 1897).

physiologiques. Les expériences des physiologistes ont, en effet, démontré l'existence, à différentes hauteurs, dans la moelle, de centres réflexes. Chez le chien, animal préféré des expérimentateurs, si on vient à sectionner la moelle transversalement, on observe que tous les réflexes, dont les centres sont situés au-dessous de la section, sont rapidement exagérés ; il est juste de faire observer qu'immédiatement après la section, pendant une période de temps qui n'est jamais longue, par suite de l'inhibition de la moelle, il y a, en même temps que paraplégie, abolition complète des réflexes ; mais bientôt ceux-ci reparaissent en commençant par les plus éloignés, c'est-à-dire par ceux dont les centres sont situés le plus loin du point contusionné ; en outre, ils reparaissent exagérés. C'est là un phénomène constant, et M. le professeur WERTHEIMER nous affirme qu'il l'a toujours observé dans plus de 400 expériences (communication orale). Pour l'expliquer, on admet qu'à l'état normal, des centres encéphaliques jouent, vis-à-vis des centres médullaires, un rôle modérateur ou phrénateur. Les moyens de communication entre ces centres se trouvant supprimés par la section de la moelle, le frein cérébral ne fonctionne plus et les réflexes s'exagèrent.

On a pendant longtemps conclu du chien à l'homme, et enseigné, que la destruction de la moelle était suivie d'exagération des réflexes, et d'ailleurs des faits confirmatifs paraissent avoir été observés ; toutefois, il est juste de faire remarquer que c'est seulement dans ces dernières années qu'on a commencé à rechercher soigneusement les réflexes dans les cas de traumatisme de la moelle épinière, et encore faut-il ajouter que, même à l'heure actuelle, cette recherche est loin d'être toujours pratiquée ; pour s'en convaincre, il suffit de parcourir un assez grand nombre d'observations. Enfin, il est une catégorie de cas dans lesquels la recherche des réflexes n'est, pour ainsi dire, d'aucune utilité, c'est lorsque le traumatisme porte sur la région dorsale inférieure et lombaire supérieure, siège de prédilection des fractures ; en effet, les réflexes qu'on examine le plus en clinique (je n'envisage pas ici, bien entendu, les affections nerveuses) ont leur centre excito-moteur dans cette région ; or, on conçoit que si la moelle est violemment contusionnée ou détruite en un point, le centre producteur du réflexe est, lui aussi, détruit, et le réflexe est aboli. Les cas véritablement intéressants à étudier et qui réalisent un ensemble de conditions analogues à celles des expériences de laboratoire, sont ceux dans lesquels le traumatisme porte au-dessus du renflement lombaire, c'est-à-dire au niveau de la colonne cervicale inférieure et dorsale supérieure.

En 1890, un chirurgien anglais, BASTIAN, dans une communication à la Société de médecine de Londres, s'attacha, d'après ses observations, à démontrer que, chez l'homme, lorsque la moelle était sectionnée dans la région cervicale inférieure et dorsale supérieure, les modifications des réflexes étaient diamétralement différentes de celles qui se produisent chez le chien ; au lieu de l'exagération connue, on constate, au contraire, une abolition complète des réflexes ; en sorte que BASTIAN posait en principe que cette abolition complète des réflexes permettait de conclure à une section totale de la moelle. En même temps et depuis lors, les idées de BASTIAN ont été admises par un grand nombre de chirurgiens qui purent en vérifier l'exactitude sur leurs malades. BASTIAN, BOWLBY, JACKSON, VAN GEHUCHTEN, etc., en ont déduit que les réflexes n'avaient pas leur siège dans la moelle et se sont attachés à déterminer des centres cérébraux et cérébelleux ; ils ne s'entendent pas, d'ailleurs, sur la localisation de ces centres. Quoi qu'il en soit, la question de ces localisations offre moins d'intérêt au chirurgien, auquel peu importerait, en somme, que les centres réflexes soient situés dans la moelle ou dans l'encéphale, si du moins un symptôme clinique de valeur indiscutable lui permettait de pouvoir préjuger de l'état de la moelle. Or, si la loi de BASTIAN est exacte, il n'est pas douteux qu'elle nous met en possession de ce symptôme clinique.

M. DELBET, à la Société de chirurgie, a cherché à démontrer le contraire. Son opinion reste conforme aux données physiologiques, et, pour lui, l'ancienne doctrine, qui reconnaissait à la moelle le pouvoir excito-moteur, reste debout. Pour cela, il s'appuie sur trois sortes de preuves d'inégale valeur. Une d'entre elles est absolument indiscutable et d'une importance capitale : c'est la constatation, par M. LABORDE et d'autres, de l'existence des réflexes chez les suppliciés.

En second lieu, M. DELBET apporte un certain nombre d'expériences faites par lui en 1893, en vue d'étudier, chez le chien, les modifications des réflexes dans des traumatismes variés de la colonne vertébrale. Je ne pense pas qu'on puisse tirer aucune conclusion ferme de ces expériences sur lesquelles il a donné

d'assez abondants détails dans ses cliniques ; leurs résultats sont contradictoires et, en somme, ils ne doivent pas entrer en ligne de compte si on les met en parallèle avec ceux obtenus chaque jour, par les physiologistes, dans des expériences aujourd'hui innombrables.

Enfin, M. DELBET possède un troisième argument d'ordre philosophique dont, à mon avis, il me paraît dangereux de se servir. Raisonnant, M. DELBET ne peut pas admettre que les choses se passent chez l'homme autrement que chez le chien, car, dit-il, c'est là « une argumentation qui me paraît singulièrement teintée d'animisme, pour ne pas dire de » métaphysique. Elle n'est point nouvelle, cette » doctrine, d'un caractère plus religieux que scientifique, qui veut séparer complètement l'homme des » autres animaux !

» S'il est une notion bien établie de biologie, c'est » celle de la continuité dans la longue série des êtres » vivants. La matière vivante, depuis les temps » infiniment reculés où elle s'est constituée au fond » de quelque marais, a, par une longue suite de » transformations et d'adaptations progressives, pro- » duit tous les êtres, et nulle part, dans la série, on » ne trouve de brusque coupure. Peut-on admettre » que chez des animaux, aussi voisins les uns des » autres que le sont les mammifères, un même organe, » la moelle, constitué chez tous sur le même type » anatomique, ait chez quelques-uns un rôle tout » différent de celui qu'il a chez les autres ? Peut-on » admettre que les réflexes, qui jouent un si grand » rôle dans la vie, puissent fonctionner chez l'homme » tout autrement que chez les animaux ? » Je répète, qu'à mon avis, cet argument n'est pas valable, parce que je ne trouve pas qu'il ait une rigueur scientifique suffisante. Je ne vois pas, en effet, en quoi l'harmonie de l'univers serait détruite si le rôle de la moelle épinière chez l'homme était, au point de vue de la production des réflexes, moins important que chez le chien, et si, par exemple, l'importance des centres médullaires n'était pas la même chez ces deux êtres. Ne devrait-on pas, au contraire, à priori, s'attendre presque à trouver une notable différence ? Il me semble que oui, si on veut bien tenir compte de la grande différenciation du cerveau et de l'énorme perfectionnement de ses fonctions chez l'homme. Nous ne connaissons pas, il est vrai, les limites de l'intelligence, nous ignorons le fonctionnement intime du cerveau des animaux les plus proches de nous, mais il paraît bien évident qu'entre ces animaux et l'homme, il y a un abîme, et que les rouages du cerveau de l'homme sont infiniment plus compliqués, plus délicats, très supérieurs enfin à ceux du cerveau des animaux. Cette suprématie étant bien établie, ne peut-on pas admettre qu'elle s'étende jusqu'aux réflexes ? Il ne me paraît pas antiscientifique de penser que, chez l'homme, le cerveau entre, sinon pour tout, du moins pour une grande part dans la production des réflexes. Je crois donc que M. DELBET a raison, lorsqu'il affirme le pouvoir excito-moteur de la moelle de l'homme, mais je fais des réserves au sujet de sa similitude avec le pouvoir excito-moteur de la moelle de chien. Car, il faut bien se rendre à l'évidence, et si de la théorie on passe à la pratique, comme le dit M. DELBET lui-même, « force est bien de reconnaître que très souvent, chez l'homme, à la suite des sections traumatiques de la moelle, les réflexes sont abolis. »

A la rigueur, pour expliquer la chose, on pourrait nier la nécessité de l'intervention du cerveau à laquelle je crois, sans être davantage fixé sur la façon dont elle se fait, et donner du phénomène une autre interprétation. On peut soutenir, en effet — et l'hypothèse m'a été présentée plusieurs fois à titre d'argument — que la moelle lombaire peut être très sensible aux traumatismes qui sont capables d'y causer des lésions microscopiques difficiles à déceler, mais réelles et suffisantes pour arrêter son fonctionnement ; comme la production d'une fracture de la colonne vertébrale s'accompagnant d'écrasement de la moelle dans la région cervicale inférieure ou dorsale supérieure, demande un traumatisme considérable, il est parfaitement possible que ce traumatisme étende son action à toute la moelle située plus bas et y produise des lésions plus ou moins intenses, non perceptibles à l'œil nu, ou par les méthodes histologiques un peu anciennes. (Car ni BASTIAN, ni les autres auteurs ne donnent de détails sur la façon dont furent examinés les renflements lombaires des malades qui font le sujet de leurs observations). A cet argument, il n'est possible de répondre qu'en apportant des résultats d'examens histologiques minutieux faits, en quelque sorte, par des spécialistes et par les méthodes les plus modernes et les plus perfectionnées. Aussi, comprend-on avec quel soin, particulièrement jaloux, je recueillis un jour la moelle d'un sujet décédé dans le service de mon maître, le professeur FOLET, d'une fracture de la

deuxième dorsale, et qui avait présenté de l'abolition des réflexes. Je la confiai à un de mes amis, médecin des asiles, très compétent, qui passe sa vie à examiner des coupes de tissu nerveux ; malheureusement, cette pièce, pourtant précieuse, fut égarée. Toutefois, l'hypothèse en question ne me paraît guère applicable au cas de M. Walther, qui suscita la discussion à la Société de chirurgie. Cette fois, il s'agit d'une jeune fille à qui une balle de revolver a sectionné la moelle au niveau de la cinquième dorsale. C'est là un traumatisme presque insignifiant et qui n'a guère pu causer de contusion à distance ; tout se borna, en effet, à une section que la trépanation, pratiquée un peu plus tard, a montré nette et comme faite au couteau. Or, dans ce cas, les phénomènes réflexes ont paru se conformer à peu près à la loi de Bastian. Je répète : à peu près, et non pas tout à fait, comme on l'a dit. La malade de M. Walther a été, en effet, examinée par M. Brissaud le lendemain de son accident, et voici exactement le résultat de cet examen ; la malade présentait :

1° Une anesthésie complète de toute la partie inférieure du corps, jusqu'à une ligne passant par les deux mamelons. Anesthésie au toucher, au pincement, à la piqûre, à la température. Au niveau de la ligne bimamelonnaire, une zone d'hyperesthésie très marquée ;

2° Une paralysie absolue de la motilité, dans toute la zone d'anesthésie ;

3° Une abolition complète des réflexes des membres inférieurs. Cependant, le chatouillement de la plante du pied provoque un léger mouvement de flexion des orteils.

Ce léger mouvement de flexion des orteils, provoqué par le chatouillement de la plante du pied, est bel et bien un mouvement réflexe, et ce fait montre que la moelle n'avait pas perdu entièrement son pouvoir excito-moteur ; ce pouvoir était, par contre, très affaibli. Il est rare que de tels blessés aient la chance d'être examinés au point de vue nerveux, par des spécialistes aussi éminents que M. le professeur Brissaud ; aussi il paraît légitime de penser que, dans un certain nombre de cas analogues, la recherche des réflexes a pu être moins bien faite et que certains d'entre eux persistants, non pas normaux, mais à peine ébauchés, ont passé inaperçus. L'observation de M. Walther apporte, d'ailleurs, une autre preuve de la conservation du pouvoir excito-moteur de la moelle ; en effet, bien que les réflexes patellaire et plantaire ne soient jamais reparus, on put néanmoins, sept semaines après l'accident, provoquer quelques mouvements réflexes de flexion de la jambe, en frôlant la face antérieure de la cuisse. Cette observation semble donc bien venir à l'appui de ce que j'avançais tout à l'heure : à savoir que sans vouloir nier le pouvoir excito-moteur de la moelle, il est probable que, chez l'homme, le cerveau entre pour une part considérable dans la production des réflexes normaux.

Au fond de toutes ces considérations théoriques, apparaît nettement l'insurmontable difficulté du diagnostic des lésions médullaires et la fausseté de la loi de Bastian. Celle-ci contient, en effet, une grande part d'exagération et, d'ailleurs, un fait que j'ai eu l'occasion d'observer et que j'ai publié, en 1895, dans le Bulletin médical, suffirait à lui seul à le démontrer. Il s'agissait d'un homme qui avait été amené dans le service du professeur Folet, à la suite d'une chute sur la tête. Il présentait une paralysie flasque des deux membres inférieurs, une anesthésie totale jusqu'à la ligne bimamelonnaire, une abolition complète des réflexes patellaires (les seuls qu'on chercha). La colonne vertébrale paraissait normale à l'exploration, toutefois la pression provoquait une douleur peu intense et peu précise au niveau des premières dorsales. Le blessé mourut le surlendemain de son accident, en présentant une température élevée (plus de 41°), fait noté assez souvent dans ces sortes d'accidents. L'autopsie montra que la colonne vertébrale était intacte ; mais, au niveau de la troisième dorsale, il y avait un épanchement sanguin qui remplissait complètement le canal jusqu'au commencement de la cinquième dorsale, où il commençait à diminuer de volume. Cet épanchement entourait la dure-mère et la tenait appliquée fortement sur la moelle : celle-ci était très nettement comprimée, au point que, au-dessous, les vaisseaux étaient dilatés et dessinaient sur le tronc médullaire des arborisations beaucoup plus considérables qu'à l'état normal. Cette observation montre, d'une façon péremptoire, même si on faisait abstraction de ce que nous avons dit plus haut, que la loi de Bastian est trop exclusive, puisqu'une simple compression de la moelle peut amener l'abolition des réflexes.

La conclusion qui s'impose en présence de l'impossibilité du diagnostic d'une lésion médullaire, c'est, si on veut être logique, la nécessité d'une intervention exploratrice. Aller s'assurer, dans tous les cas, de

l'état de la moelle, et, par la même occasion, la decomprimer s'il en est temps encore; c'est-à-dire évacuer les hématomes, enlever ou réduire les fragments osseux qui la menacent, telle est la conduite qu'on devrait tenir. Mais il faut bien savoir que l'opération, faite d'une façon systématique, n'est pas appelée à donner des résultats bien brillants, car il faut, hélas, reconnaître que la presque totalité des cas s'accompagne de lésions irrémédiables de la moelle. Dès lors, à combien d'opérations inutiles, toujours sérieuses sinon graves, le chirurgien n'est-il pas exposé avant de rencontrer le cas favorable, l'hématorachis, la compression osseuse, sans contusion médullaire! C'est pourquoi nous ne nous sentons pas le courage de trop blâmer ceux qui, effrayés par une telle perspective, laissent le bistouri et les cisailles pour s'adresser aux moyens non sanglants (parfois dangereux aussi) de réduction des fractures et luxations, et, pour le reste, s'en rapportent à la bonne nature.

Les Splénomégalies chroniques

REVUE GÉNÉRALE

par le D[r] **A. Deléarde**, Agrégé, Chef du Laboratoire des Cliniques

(*Suite et Fin*)

Deuxième Partie

Splénomégalies et maladies du foie

La concomitance de la splénomégalie avec certaines affections du foie est connue depuis longtemps. L'augmentation de volume de deux organes semble marcher de pair dans les différentes variétés de cirrhoses hépatiques. Toutefois il est des cas, ainsi que nous le verrons plus loin, où la tuméfaction de la rate précède celle du foie. On a cherché les causes de la corrélation de ces faits cliniques et nous allons passer en revue les théories qui ont été mises en avant pour les expliquer.

La variété de cirrhose la plus anciennement connue, où l'on retrouve des lésions spléniques accompagnant les altérations du foie est la cirrhose atrophique de Laennec. Dans cette affection, le foie, fortement diminué de volume, est sillonné de brides fibreuses qui compriment le parenchyme hépatique et gênent la circulation portale, c'est une cirrhose veineuse annulaire. L'obstacle au libre cours du sang charrié par la veine-porte est une des causes provocatrices de l'ascite par suite de l'augmentation de pression dans les rameaux d'origine et les troncs principaux du vaisseau. Le volume de la rate suit dans les cas ordinaires une marche inverse à celle du foie, au fur et à mesure que celui-ci devient plus petit, la rate se tuméfie de plus en plus. Telle n'est pas cependant la règle absolue, car l'augmentation de la rate n'est pas toujours proportionnelle à l'atrophie du foie. Néanmoins, la splénomégalie figure parmi les signes classiques de la cirrhose de Laennec.

On a d'abord invoqué pour expliquer la splénomégalie l'obstacle au libre cours du sang dans la veine-porte dont les ramifications hépatiques étaient comprimées par le tissu conjonctif de néoformation au niveau des espaces portes. Le sang refluait vers la rate qui s'hyperhémiait et augmentait de volume. Mais, comme je l'ai fait remarquer plus haut, il n'y a pas toujours un parallélisme parfait entre l'atrophie du foie, le degré de l'ascite et le volume de la rate congestionnée. De plus, on peut assister à l'évolution d'une cirrhose hypertrophique sans gêne circulatoire du sang portal et constater, malgré cela, une hypertrophie marquée de la rate. L'explication proposée ne convient donc pas à tous les cas, d'autres causes doivent intervenir.

On a également supposé que les lésions du foie et celles de la rate dépendaient de l'action d'une même cause pathogène produisant tantôt l'atrophie, tantôt l'hypertrophie du foie, mais toujours la splénomégalie.

Enfin Charrin (*Soc. biol.* 1899) s'appuyant sur le rôle antitoxique du foie et de la rate, voit dans la splénomégalie des cirrhotiques une hypertrophie compensatrice, une sorte de suppléance fonctionnelle et complémentaire exercée par la rate en remplacement du foie malade.

Chauffard (*Sem. méd.*, 1899, p. 1775) croit que la splénomégalie précède souvent la lésion du foie et en devient la cause prochaine. Il fait d'abord remarquer que la rate, par ses connexions anatomo-physiologiques n'est pas subordonnée au foie. La veine splénique est une des branches d'origine de la veine-porte; tout ce qui sort de la rate va au foie. La veine porte splénique aurait donc autant d'importance que la veine-porte intestinale. La rate arrête les microbes et les toxines, elle les emmagasine, si cette fonction vient à e troubler, une partie des poisons non atténués se mêlant au sang veineux va produire une action nocive sur le réseau vasculaire et sur la cellule du foie. Dans l'impaludisme, c'est la rate qui est touchée la première puisqu'elle sert d'habitat à l'hématozoaire, le foie s'altère secondairement. Il en est de même dans la fièvre typhoïde, c'est dans la rate tuméfiée que l'on trouve, dès le début de l'affection, le bacille d'Eberth, qui peut, de là, léser le foie. La leucocythémie spléno-hépatique plaide encore en faveur de la prédominance d'action de la rate. Cet organe, bourré en quelque sorte de leucocytes, envoie dans le foie une multitude de globules blancs, qui forment les lymphones miliaires caractéristiques et donnent à la glande hépatique son développement considérable.

La maladie de Banti débute également par un stade

splénomégalique qui persiste plusieurs années, ce n'est que plus tard que se montrent l'atrophie du foie, les signes d'insuffisance hépatique et l'ascite. Enfin, dans la cirrhose hypertrophique, avec ictère chronique, répondant au type décrit par HANOT, dans l'ictère infectieux splénomégalique de HAYEM, dans la cirrhose hypertrophique biliaire avec splénomégalie de GILBERT et FOURNIER, la tuméfaction chronique de la rate précède celle du foie.

L'examen de ces faits cliniques semble donc justifier pleinement l'hypothèse de CHAUFFARD et nul doute que dans un certain nombre d'affections du foie, avec splénomégalie, la rate peut être considérée comme le point de départ, le lieu d'élaboration des poisons qui vont modifier la texture du foie et léser les cellules de l'organe. En étudiant les cirrhoses hypertrophiques avec splénomégalie, nous retrouverons quelques arguments favorables à la théorie de CHAUFFART.

Pour la commodité de la description, nous passerons d'abord en revue les variétés de cirrhoses avec diminution du volume normal de la glande, puis celles où le foie est au contraire augmenté de volume.

Cirrhoses atrophiques et splénomégalies. — Sous le nom de *splénomégalie avec cirrhose du foie*, BANTI a décrit en 1884 (*Sem. méd.* 1894, p. 318) un complexus symptomatique et anatomo-pathologique tout spécial qui semble se rapprocher de celui de la cirrhose de LAENNEC, mais qui s'en éloigne cependant par des caractères nettement tranchés.

BANTI divise l'évolution de la maladie en trois stades ; un stade préascitique, un stade ascitique, et un stade intermédiaire aux deux précédents.

Dans le stade préascitique on remarque l'hypertrophie splénique et l'anémie, la tuméfaction de la rate est le premier symptôme, cet organe ne tarde pas à acquérir un volume considérable jusqu'à atteindre le bord supérieur de la crête iliaque ; sa surface reste lisse, elle est indolore à la percussion.

L'anémie vient ensuite, le nombre des globules rouges diminue dans de notables proportions, le taux de l'hémoglobine est fortement abaissé. Le chiffre des leucocytes subit des oscillations considérables mais, d'une façon générale, il est inférieur à la normale. La peau et les muqueuses se décolorent, l'essoufflement, les palpitations sont de règle. Le foie ne présente aucune modification de volume. Cette période dure plusieurs années, quatre ans au plus, pendant lesquels l'anémie subit des variations, sans que le volume de la rate rétrocède.

Dans le stade intermédiaire, la dyspepsie et les troubles intestinaux apparaissent. Les urines deviennent plus rares ; elles sont riches en urate et en urobiline. Le stade dure quelques mois. Dans le stade ascitique, le foie est touché à son tour ; il s'atrophie peu à peu, en même temps que l'épanchement séreux de la cavité abdominale augmente ; une circulation sous-cutanée complémentaire sillonne la paroi du ventre. Les urines se raréfient davantage. Les symptômes anémiques deviennent plus graves, les hémorrhagies du tube digestif sont fréquentes à cette période. La mort survient dans le marasme au bout d'un temps variable qui ne dépasse guère un an.

Les altérations anatomo-pathologiques sont les suivantes : la rate peut avoir un poids de 1 kil. à 2 kil. 500. La surface de l'organe est lisse, on note la sclérose des glomérules de MALPIGHI. Les veines spléniques sont rétrécies, le parenchyme est sillonné de bandes fibreuses. Le foie revêt les caractères macroscopiques et microscopiques de la cirrhose de LAENNEC. Les anneaux conjonctifs sont en général minces et présentent une notable infiltration de cellules rondes. La moelle des os offre l'aspect de la moelle fœtale, on y trouve un grand nombre de globules rouges nucléés.

Dans l'étiologie, on ne relève ni syphilis, ni malaria ou autres maladies infectieuses. Aucun des malades observés par BANTI n'était alcoolique.

Pour différencier ce genre de cirrhose de la variété atrophique décrite par LAENNEC, BANTI fait ressortir les caractères suivants :

1° L'étiologie alcoolique de la cirrhose de LAENNEC manque d'une manière absolue.

2° L'anémie progressive du premier stade ne se rencontre pas dans la cirrhose atrophique de LAENNEC

3° Dans le premier stade on ne constate aucune trace de lésion hépatique ; cet organe a un volume normal, il est indolore ; il n'y a pas de troubles gastro-intestinaux, les urines sont abondantes.

4° L'hypertrophie splénique est le signe du début, elle devance de beaucoup l'atrophie du foie.

L'ensemble des symptômes de la maladie de BANTI ressemblerait plutôt à l'anémie splénique tout au moins dans le stade préascitique, mais la dernière période diffère dans les deux affections.

Pour expliquer l'étiologie de la splénomégalie avec ascite, BANTI admet que des causes morbides, probablement de nature infectieuse, porteraient dès le début leur action sur la rate, des substances toxiques élaborées pénétreraient dans le sang et provoqueraient une anémie globulaire. Leur action prolongée sur le foie aboutirait à une prolifération du tissu conjonctif avec cirrhose consécutive.

Les symptômes de la maladie de BANTI sont suffisamment précis pour permettre de diagnostiquer cette affection. L'absence de l'ictère la différenciera encore davantage des cirrhoses hypertrophiques. Quant au traitement il est purement palliatif ; il faut s'efforcer de maintenir les forces du malade, mais toutes les tentatives de la thérapeutique

ne pourront que prolonger la vie du malade sans le débarrasser de cette affection dont le pronostic est fatal.

Cirrhose atrophique de Laennec. — Les signes de la cirrhose alcoolique de LAENNEC sont trop connus pour en faire une longue description.

Elle débute par des troubles dyspeptiques, occasionnés par les abus d'alcool, de l'amaigrissement, de la perte des forces. Mais le foie, augmenté de volume, ne tarde pas à s'atrophier. La rate suit, en général, une marche inverse. L'œdème apparaît aux membres inférieurs et précède parfois l'ascite de plusieurs mois.

L'épanchement séreux de l'abdomen augmente peu à peu, ainsi que la circulation sous-cutanée complémentaire, au fur et à mesure que le cours du sang dans le foie devient plus gêné. Les signes d'insuffisance hépatique sont précoces. L'épistaxis, les hématémèses, les hémorrhoïdes sont très fréquentes. L'urine contient de l'urobiline, des urates en grande quantité, elles sont pauvres en urée.

Le malade succombe dans le marasme, ou bien au milieu des symptômes d'urémie hépatique ou de l'ictère grave. Souvent aussi, une maladie intercurrente, la tuberculose pulmonaire dans de nombreux cas, hâte la fin.

Cirrhoses hypertrophiques et splénomégalies. — Le type le premier décrit de cette variété de cirrhose est la cirrhose de HANOT, mais depuis la description donnée par cet auteur, d'autres variétés voisines sont venues se greffer autour d'elles si bien, qu'à l'heure actuelle, la maladie de HANOT est considérée comme un stade des cirrhoses hypertrophiques biliaires, c'est le type que l'on rencontre à l'âge adulte et qui peut se manifester avec de légères variantes pendant l'enfance.

En 1895, GILBERT et FOURNIER ont signalé pour la première fois, chez l'enfant, une modalité particulière de la maladie de HANOT, caractérisée surtout par une hypertrophie prédominante et considérable de la rate, appelée pour cette raison, cirrhose hypertrophique à type splénomégalique. Nous ne reviendrons pas sur la bibliographie de cette question que l'on trouvera dans un article publié en 1900, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, par WOIRHAYE et CAZOT.

La cirrhose hypertrophique avec ictère chronique rencontré chez l'enfant et l'adolescent par GILBERT et FOURNIER se caractérise par un développement énorme de la rate qui frappe l'attention à l'examen de l'abdomen ; le foie est généralement peu et même quelquefois très peu hypertrophié, à peine dépasse-t-il de un ou deux travers de doigt le rebord des fausses côtes, alors que la rate remonte très haut vers l'aisselle et au-dessous jusque dans le bassin en emplissant tout l'hypocondre gauche. Comme dans la cirrhose de HANOT, les malades présentent un subictère permanent qui sous des influences variables, devient un ictère franc, lequel persiste quelque temps pour disparaître sous l'influence du repos et d'un régime approprié avant de devenir définitif. Les fèces sont tantôt décolorées et grisâtres, tantôt peu modifiées Les urines renferment des pigments biliaires en quantité pendant les crises ictériques ; il n'y a en général, ni urobiline, ni glycosurie alimentaire, tout au moins au début de l'affection. Il n'y a ni ascite, ni dilatation des veines sous-cutanées abdominales. L'état de la nutrition est assez remarquable. GILBERT et FOURNIER ont constaté chez la plupart de leurs malades des troubles trophiques, portant sur les phalangettes des doigts et des orteils et sur les extrémités de certains os, provoquant des déformations analogues à celles que l'on rencontre dans l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de MARIE.

Les troubles de la nutrition retentissent également sur la croissance des malades, tous présentent un retard considérable du développement, de la faiblesse constitutionnelle et de l'infantilisme. Les trois points qui semblent différencier la cirrhose de GILBERT et FOURNIER de HANOT sont donc une hypertrophie considérable de la rate, par rapport à celle du foie, des troubles trophiques du squelette, enfin, un retard considérable dans le développement de l'individu malade. L'évolution de la maladie est longue, mais le pronostic en reste très grave. La guérison est l'exception.

La cirrhose hypertrophique biliaire avec ictère chronique de HANOT se rencontre à l'âge moyen de la vie, entre vingt et quarante ans. Nous connaissons les caractères de l'ictère qui, d'abord passager, devient définitif ; l'hypertrophie hépatique forme le second des grands symptômes cliniques, elle peut devenir considérable. L'hypertrophie splénique est moins développée que celle du foie. L'ascite, la circulation complémentaire manquent.

L'appétit altéré au début de l'affection s'améliore et devient même exagéré, malgré cela les malades s'amaigrissent et se dessèchent, les forces diminuent lentement. Les hémorragies, épistaxis, hémorragies du tube digestif, purpura, sont fréquentes.

L'évolution de la maladie est longue, trois à dix ans. Les signes d'insuffisance hépatique et d'ictère grave qui la terminent deviennent de plus en plus marqués au fur et à mesure de la répétition des poussées d'ictère, qui se compliquent d'hémorragie conduisant à la cachexie. Les malades succombent au milieu des symptômes de l'atrophie aiguë du foie, de l'acholie pigmentaire décrite par JACCOUD.

Faut-il comme dans la cirrhose atrophique de LAENNEC, incriminer l'alcool dans la production des altérations de la cirrhose hypertrophique ? Cette étiologie admise au début tend à perdre du terrain. Il est admis actuellement

que la cirrhose hypertrophique est due à une infection, elle est en somme une angiocholite à évolution lente plus particulièrement intense au niveau de l'espace portobiliaire. Les nombreux microbes, hôtes normaux de l'intestin, ne seraient pas étrangers à cette infection. Il en est de même pour la cirrhose de GILBERT et FOURNIER. Le bactérium coli (GILBERT et FOURNIER), un bacille mobile TERRIER), un diplocoque (GASTOU), le pneumocoque (THIERCELIN), ont été retrouvés dans la pulpe splénique ou le parenchyme hépatique. La présence de ces microbes provoque un appel leucocytaire et les cellules endothéliales des vaisseaux, véritables macrophages participent au mécanisme de la défense contre les microbes.

HAYEM a décrit en 1898 (*Leç. sur les maladies du sang*), un syndrome clinique différenciable d'après lui de la cirrhose hypertrophique, et auquel il a donné le nom d'*ictère infectieux chronique splénomégalique*. Caractérisée par un ictère infectieux chronique à marche paroxistique, par une hypertrophie du foie constatable seulement pendant une poussée d'ictère, par une splénomégalie persistante et une anémie globulaire, cette affection serait remarquable à cause de la longue durée de 15 à 20 ans. Les urines ne présenteraient la réaction de GMELIN que pendant la durée de l'ictère franc en d'autre temps le sérum sanguin seul renfermerait des pigments biliaires; l'urobilinurie est de règle. Tous les malades de HAYEM étaient des gastropathes de vieille date.

Le pronostic n'est pas d'une gravité extrême. Un des malades de HAYEM avait conservé au bout de 19 ans, un état général encore excellent.

Syphilis du foie. — Sans faire dans cette revue l'étude clinique de la syphilis du foie, nous devons toutefois rappeler, à cause de l'existence concomitante de la splénomégalie, les deux formes principales de l'infection syphilitique de la glande hépatique, l'hérédo-syphilis et la syphilis acquise. Les signes de l'*hérédo-syphilis hépatique* comprennent une augmentation de volume de l'organe, dont la surface est lisse, la consistance accrue et la palpation douloureuse.

Le ventre est ballonné, globuleux, sillonné d'une circulation complémentaire. La rate présente des caractères analogues à ceux du foie, même hypertrophie douloureuse, lisse, régulière, indurée. L'état général des petits malades devient rapidement grave si le traitement n'est pas institué. Ils maigrissent de plus en plus et succombent de cachexie ou de diarrhée. L'ictère n'est pas de règle, il est même assez rare, ainsi que l'ascite.

La *syphilis hépatique acquise* comprend deux formes : l'ictère syphilitique de la période secondaire que nous laisserons de côté et la forme scléro-gommeuse.

Dans cette forme, la configuration du foie est profondément modifiée. Des cicatrices fibreuses épaisses, disposées en brides partagent l'organe en segments plus ou moins volumineux, tantôt hypertrophiés, tantôt au contraire déprimés et atrophiés. La surface du foie est bosselée, irrégulière, dure, sillonnée de dépressions profondes, comme encerclée par des tractus fibreux, c'est le foie syphilitique classique, le foie ficelé.

L'ascite présente les mêmes caractères que dans la cirrhose atrophique, elle s'accompagne d'un réseau veineux sous-cutané, avec œdème des membres et du scrotum.

L'hypertrophie de la rate est habituelle. L'ictère est rare. L'urine renferme de l'urobiline.

La mort survient par cachexie, par généralisation de la syphilis à d'autres organes, reins, axe cérébrospinal ou par maladie intercurrente.

Le traitement spécifique n'a d'action que s'il est énergique et précoce.

Tuberculose du foie. — Dans les différentes formes de cirrhoses tuberculeuses du foie, la splénomégalie peut se rencontrer, mais l'hypertrophie de la rate, outre qu'elle n'est pas la règle, est en général peu volumineuse. Nous nous contenterons pour cette raison de signaler son existence possible dans la tuberculose hépatique.

Cancer du foie. — Nous ne dirons que quelques mots des splénomégalies qui accompagnent la carcinose hépatique. Dans le cancer primitif du foie il n'y a point de règle absolue concernant la modification du volume de la rate. Quelle que soit la forme anatomo-pathologique du cancer primitif, cancer massif en amande, cancer nodulaire, adénome, l'hypertrophie splénique peut se rencontrer, comme aussi elle peut manquer.

Dans la forme secondaire du cancer du foie, on rencontre la même inconstance au sujet de l'état de la rate. Cet organe se présente tantôt augmenté de volume, tantôt il a conservé sa configuration normale.

Asystolie. — Il nous reste à signaler la congestion passive de la rate par stase sanguine que l'on rencontre dans l'asystolie. Dans la période ultime des affections du cœur, la rate, pas plus que les autres organes, poumons, foie, rein, n'échappe à l'hypertrophie par réplétion sanguine que provoquent les désordres de la circulation.

Diagnostic. — Il est nécessaire, croyons-nous, de clore cette revue sur les différentes maladies qui comptent parmi leurs symptômes une augmentation plus ou moins considérable du volume de la rate, par un chapitre sur le diagnostic général de la splénomégalie.

La difficulté de ce diagnostic ne réside pas dans la constatation de la tuméfaction de la rate, la palpation, la percussion, l'aspect du ventre déformé dans la région de l'hypochondre gauche, permettront facilement de

délimiter les bords de l'organe. Toutefois on rencontrera des cas où il sera assez malaisé de préciser les contours de la rate particulièrement lorsque l'abdomen distendu par un tympanisme exagéré ne se laissera pas déprimer par la main. Cette difficulté d'appréciation du volume de la rate étant écartée, il faudra penser aux tumeurs des organes voisins qui pourraient être confondues avec une splénomégalie, kyste de l'ovaire, tumeur de l'épiploon, du côlon transverse au niveau de l'angle descendant, de l'estomac, du rein gauche. Enfin la possibilité d'un kyste hydatique de la rate devra faire chercher les symptômes qui le caractérisent : on se rappellera que c'est une tumeur surajoutée comme accolée à la rate et que l'hypersplénie provient exclusivement de la présence du kyste et non des lésions cellulaires du parenchyme splénique. La surface de la rate sera très souvent irrégulière et on y percevra la fluctuation caractéristique. L'urticaire, le dégoût des aliments gras seront à rechercher

Les noyaux cancéreux secondaires qui viennent se former par embolie au niveau de la rate seront rarement assez volumineux pour accroître son volume. Ils ne présentent, du reste, qu'un intérêt secondaire, car leur formation indique une carcinose hépatique ou intestinale, laquelle occupe une place prépondérante dans l'ensemble des symptômes présentés par le malade.

Il est bien entendu que nous éliminons des splénomégalies primitives ou secondaires les modifications de volume de la rate qui surviennent dans le cours des maladies infectieuses aiguës. Celles-là ne sont pas durables, elles sont un épiphénomène de l'infection générale.

Ce n'est que lorsque l'on aura écarté toutes ces causes d'erreur qu'il faudra en arriver aux affections qui nous ont particulièrement intéressé dans ce travail et se demander si l'on se trouve en présence d'une splénomégalie primitive ou d'une splénomégalie secondaire concomitante d'une lésion hépatique.

Pour résoudre cette question, le clinicien aura à tenir compte d'abord de l'état général du malade. L'impaludisme, la tuberculose, la syphilis, la diathèse lymphogène, les affections cirrhotiques du foie troublent plus ou moins profondément la nutrition, suivant leur ancienneté et amènent souvent ou bien une pâleur des téguments et des muqueuses avec état cachectique parfois précoce et amaigrissement, ou bien une teinte subictérique ou franchement ictérique avec perte de l'appétit, diarrhée, vomissement et hémorrhagies multiples.

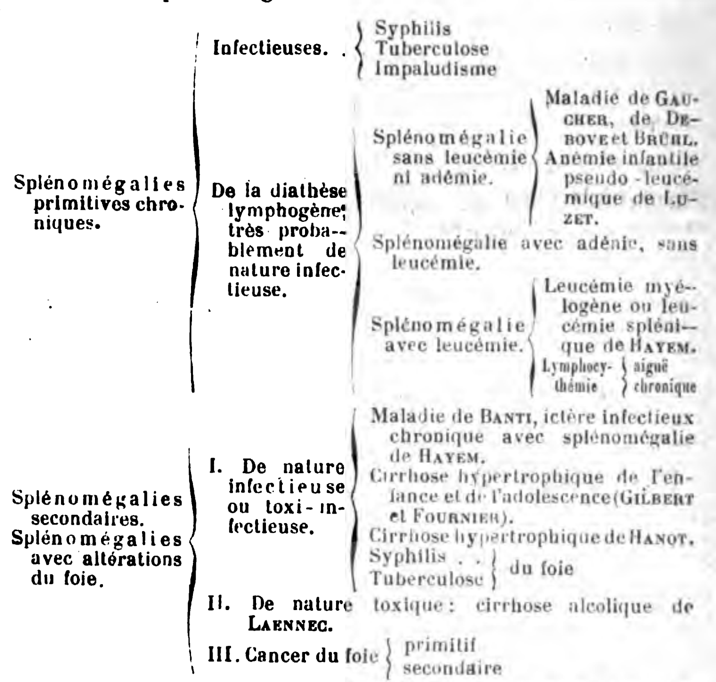
Après l'observation de l'état général vient l'examen des organes. Le foie doit attirer l'attention. Son atrophie ou son hypertrophie sont à noter, puis l'aspect des urines, leur teneur en pigments normaux ou anormaux (urobiline, indican, pigments biliaires), la quantité d'urée, la coloration des féces. L'examen du sang, la numération des hématies et des leucocytes peuvent mettre sur la voie du diagnostic causal. Nous avons vu que dans la splénomégalie tuberculeuse chronique il peut y avoir une hyperglobulie rouge avec cyanose, qui ne se rencontre pas, dans d'autres affections.

La recherche de la quantité et de la qualité des globules blancs sera un élément clinique dont l'importance ne peut échapper, puisqu'il permettra de classer et de différencier entre elles, les splénomégalies de nature lymphogène.

L'état des ganglions lymphatiques superficiels au pli de l'aine, à l'aisselle, au cou, à la nuque, viendra souvent confirmer le diagnostic.

En résumé, devant un malade atteint de splénomégalie, il faudra porter ses investigations cliniques du côté du foie, du côté du sang, et tenir compte des autres symptômes dépendant d'une même cause, syphilis ou tuberculose, par exemple, qui pourraient se rencontrer chez lui.

Nous donnons, en un tableau récapitulatif, toutes les variétés de splénomégalies.



Splénomégalies primitives chroniques.	Infectieuses.	Syphilis Tuberculose Impaludisme	
	De la diathèse lymphogène; très probablement de nature infectieuse.	Splénomégalie sans leucémie ni adémie.	Maladie de Gaucher, de Debove et Brühl. Anémie infantile pseudo-leucémique de Luzet.
		Splénomégalie avec adénie, sans leucémie.	
		Splénomégalie avec leucémie.	Leucémie myélogène ou leucémie splénique de Hayem. Lymphocythémie { aiguë / chronique
Splénomégalies secondaires. Splénomégalies avec altérations du foie.	I. De nature infectieuse ou toxi-infectieuse.	Maladie de Banti, ictère infectieux chronique avec splénomégalie de Hayem. Cirrhose hypertrophique de l'enfance et de l'adolescence (Gilbert et Fournier). Cirrhose hypertrophique de Hanot. Syphilis . . / Tuberculose } du foie	
	II. De nature toxique : cirrhose alcoolique de Laennec.		
	III. Cancer du foie	primitif secondaire	

Splénomégalie par congestion passive. — Maladies du cœur. — Asystolie.

Pronostic. — L'appréciation du pronostic variera suivant la cause de la splénomégalie. On a vu que certaines splénomégalies avaient une évolution très lente, plusieurs années (maladie de Gaucher), que d'autres, au contraire, s'accompagnaient d'une cachexie précoce et amenaient une déchéance organique profonde incompatible avec la vie. En somme, le pronostic découlera de la cause de la splénomégalie.

Traitement. — Ici encore il est impossible de tracer une ligne de conduite applicable à tous les cas. L'intervention thérapeutique sera nécessairement variable. La médication sera causale ou symptomatique ; dans la première alter-

native elle deviendra très efficace lorsque la splénomégalie sera de nature syphilitique. Dans tous les autres cas de splénomégalie, le traitement sera symptomatique. Relever les forces du malade par le fer, l'arsenic, l'iode, les reconstituants généraux deviendra la principale indication. La médication arsenicale a quelquefois retardé l'évolution et même guéri des splénomégalies de nature lymphogène. Elle est à essayer et à instituer d'une manière énergique.

Le traitement des splénomégalies avec cirrhoses du foie se confond avec celui de ces dernières affections. Nous ne pouvons rappeler dans leur ensemble les préceptes thérapeutiques à appliquer en pareille circonstance, qu'il nous suffise de les résumer en quelques mots : suppression de l'agent toxique, cause de la cirrhose, alcool ; antisepsie intestinale et régime alimentaire approprié, composé surtout de lait et d'aliments hydrocarbonés, laissant peu de déchets fermentescibles dans l'intestin.

L'intervention chirurgicale est indiquée dans quelques cas et absolument rejetée dans d'autres. La véritable indication de l'ablation de la rate est l'impaludisme chronique.

Dans la leucémie, la syphilis, la tuberculose, et dans les affections du foie, la splénectomie ne produit aucune amélioration, l'opération semble au contraire avancer le terme de la mort (Th. Vanverts, Paris 1897. — Rapport de Février, *Association française de chirurgie*. XIVe Congrès 1901).

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 24 Janvier 1902

Présidence de M. Dutilleul, président.

Coassement stomacal

M. Surmont présente une jeune fille de seize ans et demi, présentant depuis un an un bruit de glou-glou gastrique, fortement augmenté sous l'influence des émotions. On rencontre le même phénomène dans l'estomac biloculaire et dans la maladie du corset, mais ici il n'est question ni de l'une, ni de l'autre de ces affections. La malade a une anesthésie pharyngée complète. Il s'agit donc chez elle de névrose, comme c'est la règle en pareil cas. Le traitement ne peut être que la suggestion.

Ictère après opération d'appendicite

M. Folet montre un appendice iléo-cœcal, enlevé à froid chez un jeune homme, après trois ou quatre attaques inflammatoires subaiguës. Le lendemain de l'opération apparaît un ictère prononcé. La température n'a pas dépassé 37°2 ; le pouls battait à 80. Cette jaunisse a disparu après administration de calomel et de salicylate de soude.

M. Dieulafoy dit que l'appendicite peut provoquer l'ictère, soit par infection hépatique due au colibacille, soit par intoxication. Dans cette deuxième variété, il est souvent léger et curable. Ici, rien de pareil. Il n'existait pas d'appendicite aiguë, puisqu'on opérait à froid. On peut croire à une pure coïncidence d'ictère catarrhal ; c'est peu probable. Peut-être est-ce un ictère émotif, car le patient a eu une terreur vive de l'intervention qu'il allait subir. Quant à l'ictère par chloroforme, M. Folet n'en a jamais vu.

M. Surmont a vu un ictère chloroformique avec pigments modifiés dans l'urine. Généralement, lors de l'intoxication, les phénomènes sont durables et peuvent persister jusqu'à dix-huit mois.

M. Dutilleul pense qu'il s'agit d'un ictère émotif.

M. Ausset est également de cet avis.

M. Oui vient encore, tout récemment, d'observer un ictère émotif.

Fibromes de l'utérus

M. Le Fort présente un fibrome utérin enlevé pour hémorragies intenses. Vu son petit volume, M. Folet commença à l'enlever par la voie vaginale ; une syncope chloroformique grave se produisit. Alors, la laparotomie fut pratiquée. La voie ventrale est d'une extraordinaire simplicité, en regard de la voie vaginale ; ce cas en a été la démonstration.

M. Oui montre une seconde pièce de même genre, où il existe une dizaine de tumeurs fibromateuses agglomérées, qu'il a enlevées il y a quelques semaines par hystérectomie abdominale subtotale.

M. Drucbert présente également un utérus à fibromes sous-muqueux multiples, enlevé par M. Dubar, par hystérectomie abdominale sus-vaginale. A noter l'oblitération d'une des trompes.

Coxalgie ; désarticulation coxo-fémorale

M. Le Fort montre un fémur, dont on a pratiqué la désarticulation chez une femme coxalgique, ayant de vives douleurs, présentant des fistules et une luxation pubienne. C'était une alcoolique et son intoxication a été la cause de sa mort, peut-être davantage que l'opération.

Zona vaccinal

M. Loubry, interne des hôpitaux, lit une observation de zona vaccinal (*sera publiée*). M. **Surmont** n'a pas rencontré de cas analogue publié et, en conséquence, il croit au grand intérêt du présent fait.

M. Ingelrans, qui a vu le malade, croit que la

relation de cause à effet entre la maladie générale, qui était ici la vaccine, et l'éruption tout à fait caractéristique est absolument indéniable. C'est une variété de plus à ajouter à la liste déjà longue des zonas au cours des infections diverses.

Fracture du crâne par enfoncement

M. Lambret a vu une fracture du crâne chez un ouvrier de quarante-cinq ans, qui s'était heurté assez fortement la région temporale droite contre un boulon de fer. Le blessé avait continué son travail ; quelques jours après, céphalée et hémiplégie gauche. Fièvre ; pouls à 88. On croyait à un abcès, lorsqu'on rencontra un enfoncement crânien. Derrière la rondelle du trépan siégeait une collection purulente, qui fut drainée. Le malade mourut. On ne peut s'expliquer comment un si petit traumatisme a pu amener pareil enfoncement.

M. Combemale rappelle qu'aux autopsies de gens âgés de plus de soixante ans, on constate souvent une extrême minceur des os du crâne.

M. Dutilleul dit que cette minime épaisseur est normalement fréquente dans l'enfance.

M. Le Fort, qui a jadis examiné une collection de quinze cents crânes, a pu voir des os d'une minceur extrême et des perforations crâniennes, même à l'état normal. En ce qui concerne l'absence de symptômes au début, chez le malade de M. Lambret, cela se voit parfois. Un homme qui s'était fait une plaie de front avec fracture de l'os frontal ne s'est pas couché un seul instant et a guéri sans encombre.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

La chaire de pathologie externe à la Faculté de médecine de Lille est déclarée vacante, par arrêté ministériel en date du 25 janvier. Les candidats doivent dans les vingt jours produire leurs titres.

— Notre excellent collaborateur, le professeur Folet, s'est vu décerner dimanche 26 courant, par la **Société Industrielle de Lille**, la plus grande récompense dont elle dispose, la grande médaille d'or de la fondation Kühlmann, pour services rendus à la science et à l'industrie. Nous avons plaisir à reproduire ci-après les termes du rapport de M. Parent, dont nul ne pourrait nier la sincérité, si flatteuse du reste pour notre collègue.

Grande médaille d'or. — Fondation Kuhlmann

Chacun de nous connaît la haute situation conquise dans le monde médical de Lille, par M. le docteur Folet, doyen honoraire de la Faculté de Médecine et membre correspondant de l'Académie.

Le docteur Folet, qui appartient aussi à la Société des Sciences de Lille, y a présenté des études fort remarquées ; et, de leur côté, nos Sociétaires, qui ont eu souvent la bonne fortune d'apprécier le charme de sa parole, ont, en particulier, gardé le souvenir de sa conférence de l'année dernière, si pétillante d'esprit, sur l'*Œuvre de la Réclame antialcoolique* à laquelle il s'est voué.

Ses vingt-cinq années de pratique hospitalière et d'enseignement clinique, l'ont en effet convaincu que l'alcoolisme constitue l'un des plus graves périls qu'aient jamais courus les nations civilisées et la France, en particulier. Ce péril, naguère méconnu par le grand public, qui négligeait et raillait même les plaintes et les menaces des médecins, commence à effrayer les gens éclairés ; les Industriels s'en alarment, comme les philosophes et les moralistes ; des Associations, des Ligues se forment ; des livres ou des brochures se publient. Mais l'idée pénètre difficilement dans les couches profondes du peuple, et c'est pour l'y faire entrer de façon plus efficace que le docteur Folet a emprunté à la Réclame sa puissance de diffusion.

Convaincu qu'une affirmation simple et nette que l'on répète sans relâche, par tous les moyens de publicité qui sont aujourd'hui à notre disposition, finit par s'implanter dans l'esprit, il a appliqué à la prédication antialcoolique, cette psychologie inexpliquée, mais indiscutable, de la réclame : et, n'épargnant ni son temps, ni ses forces, il a formé à Lille **son œuvre**, cette œuvre humanitaire et patriotique entre toutes : La guerre à l'Alcoolisme.

Elle est humanitaire, en effet, l'œuvre de M. Folet, car elle apporte l'aide le plus efficace à la lutte contre la tuberculose, ainsi que l'ont fait ressortir ici même les orateurs éminents que j'ai cités tout à l'heure (1), elle est patriotique aussi, car elle tend à régénérer nos classes laborieuses, mettant l'ouvrier en garde contre les habitudes mauvaises qui le dégradent, l'avilissent, et introduisent au foyer familial la misère, la discorde et la maladie.

La Société Industrielle a l'heureux privilège d'encourager tous les efforts ayant pour but d'améliorer l'existence des classes laborieuses, et d'élever leur niveau moral ; elle se devait à elle-même de mettre en lumière les généreux efforts entrepris par M. le docteur Folet en vue de réprimer l'Alcoolisme. Elle va certainement au devant du désir de ses concitoyens, en lui décernant sa plus haute récompense : La grande médaille Kuhlmann.

Aux applaudissements qui ont accueilli la proclamation de cette récompense, nous ajoutons les félicitations des lecteurs et des rédacteurs de l'*Echo Médical du Nord*.

Soutenances de Thèses

M. P.-J. Demoulin, de Charleville (Ardennes), interne des hôpitaux de Lille, lauréat de la faculté, a soutenu avec grand succès, le mardi 28 janvier, sa thèse de doctorat (6e série, n° 68) intitulée : **Absence du caractère familial et étiologie infectieuse dans certains cas de maladie de Friedreich**.

— M.-G.-J.-J.-P. Pouillaude, du Transloy (Pas-de-Calais), a soutenu avec succès, le lundi 27 janvier, sa thèse de doctorat (6e série, n° 66), intitulée : **Des rapports de la polyurie et de l'hypothermie dans le mal de Bright**.

— M. G.-Z.-O.-L. Boulenger, de Valhuon (Pas-de-Calais), a soutenu avec succès, le jeudi 30 janvier, sa thèse de

(1) MM. Brouardel et Landouzy (conférence du 22 décembre).

doctorat (6e série, n° 67), intitulée : **La lécithine ; réactions de l'organisme produite par son emploi.**

Notre Carnet

Le 28 janvier a été célébré à Etrœungt (Nord) le mariage du docteur Paul Verhaeghe, ex-interne des hôpitaux de Lille, avec Mademoiselle Fostier.

Le 1er février a eu lieu à Valenciennes le mariage du docteur Charles Dubois, ex-interne des hôpitaux, aide de clinique à la Faculté, avec Mademoiselle Marie Damien.

Que nos jeunes confrères reçoivent de la part de l'*Echo Médical du Nord* les meilleurs souhaits de bonheur.

— Notre collègue, le docteur Lambret, nous fait part de la naissance de son fils Raymond. Nous lui adressons nos meilleurs vœux pour la mère et l'enfant.

UNIVERSITÉ DE PROVINCE

Marseille. — M. le docteur d'Astros est nommé professeur de clinique médicale des enfants.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Sont nommés : *Commandeur,* M. le professeur Fournier, de l'Académie de médecine. *Officiers,* MM. les docteurs Blache et Magnau, de l'Académie de médecine. *Chevaliers* : MM. les docteurs Gley, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, assistant au Muséum ; Bonnaire ; Florand ; Lepage, médecins des hôpitaux de Paris ; Robin-Duvernet ; Rueff ; Guyard, médecins à Paris ; Mauny, de Mortagne (Charente-Inférieure) ; Allard, de Grenoble (Isère) ; Rousseau-Saint-Philippe, de Bordeaux (Gironde) ; Lescure, d'Oran (Oran) ; Beauvisage, de Lyon (Rhône) ; Laussedat, de Royat (Puy-de-Dôme) ; Monard, d'Aix-les-Bains (Savoie) ; Dupuy, de Moissac (Tarn-et-Garonne) ; Goy, de Marseille (Bouches-du-Rhône).

Dons et Legs

M. Louis Salvy, de Gaillac, vient de donner par testament toute sa fortune, évaluée à deux millions, à l'Hospice de la ville de Gaillac.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs : Miquel, médecin-major de 2e classe de l'armée coloniale ; Avenel, de Gisors (Eure) ; Peyraud, de Vichy (Allier) ; Debay, de Robecq (Pas-de-Calais) ; Vigerie, de Heuchin (Pas-de-Calais) ; Morel, de Saint-Cyr-en-Bourg, Vic père, de la Tresne (Gironde) ;

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

4e Semaine, du 19 au 25 Janvier 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	3
3 mois à un an	5	5
1 an à 2 ans	3	3
2 à 5 ans	»	1
5 à 10 ans	3	2
10 à 20 ans	1	2
20 à 40 ans	1	3
40 à 60 ans	9	4
60 à 80 ans	13	13
80 ans et au-dessus	1	3
Total	40	39

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	4	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	1	»	»	»	»	3	»	3	1	»	»	»	»	»	»	»	»	4	12	10
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	1	»	»	1	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	3	8	30
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	1	»	»	»	»	1	3	1	3	»	»	1	»	»	»	»	»	3	13	26
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	1	1	»	»	»	»	4	9	15
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	1	»	»	»	»	»	5	9	8
Esquermes, 11,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	6	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	9
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	1	1	»	»	1	1	»	»	»	»	2	9	13
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	7
Total	»	2	3	»	1	»	»	6	12	9	10	»	»	5	3	»	»	»	»	28	79	131

N° 265. Sixième Année. N° 6. Le Numéro : **10** centimes. 9 Février 1902

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La guerre à l'Alcool

Nos lecteurs savent qu'à certains jeudis d'hiver des conférences pédagogiques d'après-midi sont faites à la Faculté des lettres ; tout particulièrement destinées aux instituteurs et institutrices de la région. M. le professeur FOLET a ouvert, le jeudi 30 janvier, la série de ces conférences par une causerie sur un sujet qui lui est cher : *La guerre à l'alcool et le rôle de l'Université dans cette guerre.* Avant d'exposer les efforts de prophylaxie tentés ou à tenter dans les écoles, le conférencier a fait une sorte d'historique de l'alcoolisme et de l'anti-alcoolisme. Beaucoup des notions, énoncées en cette causerie sont familières aux médecins ; néanmoins certaines considérations moins connues ou présentées sous une forme neuve nous ont semblé de nature à intéresser nos lecteurs. Voici donc quelques passages de cette conférence :

. . . .

Un fait historique indéniable c'est que tant que l'on n'a bu, en France, que des boissons fermentées naturelles, vin, cidre, bière (c'est-à dire, durant des siècles), et, à partir du XVIe, les rares eaux-de-vie que l'on tirait de ces liquides fermentés ; tant, dis-je, que dura ce régime, il y avait chez nous des *buveurs*, voire des *ivrognes*, il n'y avait pas d'*alcooliques*.

Ces buveurs, nous les avons encore connus dans les pays vinicoles, ingurgitant normalement, tous les jours, 3 et 4 litres de vin, et se donnant, de loin en loin, une pointe d'ivresse aiguë. Cette ivresse était généralement gaie, empreinte d'optimisme et d'attendrissement ; et le caractère du buveur était en tout temps facile et joyeux. Il y a toute une littérature, — fort conventionnelle assurément mais reposant sur un fond de vérité, — qui chante la belle humeur du bon disciple de Bacchus. Panard, Laujon, Collé, Désaugiers, ne tarissent point sur ces lieux communs. Ce buveur, à la trogne enluminée et bourgeonnante, alerte à la besogne, robuste et adroit, vivait heureux et mourait souvent d'apoplexie cérébrale un peu précoce, vers 60 ans ; mais ne présentait point les abominables et complexes lésions des modernes alcooliques.

Dès la seconde moitié du XVIIIe siècle, en certains pays, l'abus de l'eau-de-vie tirée de la distillation du seigle et du maïs avait considérablement augmenté ; en Angleterre, en particulier, et aussi en Amérique où, de plus, le voisinage des Antilles répandait à profusion le tafia et le rhum, tirés de la canne à sucre.

Mais ce fut surtout dans les pays du Nord, en Scandinavie, en Russie, que la consommation de l'eau-de-vie de grains étendit ses ravages. La Suède-Norwège, tout spécialement, nous a précédés de longtemps dans la voie de l'alcoolisme ; et aussi, — il faut le dire et souhaiter, sans grand espoir, que nous l'imitions également en cela, — dans l'application d'un remède légal énergique contre le fléau. C'est un médecin de Stokholm, Magnus Huss, qui, dénonçant les déplorables effets de l'alcool sur les populations scandinaves, a créé et prononcé pour la première

fois, en 1852, le mot d'*alcoolisme*. A cette époque, l'Académie Française décernait un prix Monthyon au travail de Magnus Huss, et son rapporteur déclarait que « Dieu merci, rien de pareil n'existait chez nous ». Il avait raison à l'heure où il parlait, mais nous nous sommes bien rattrapés depuis.

C'est alors en effet, vers le milieu du XIXe siècle, que l'industrie, renouvelée par l'invention des moteurs à vapeur et pouvant, grâce aux chemins de fer, répandre ses produits dans des marchés nouveaux ouverts à son activité, commençait à prendre son triomphant essor. De tous côtés, surtout dans nos pays du Nord, des distilleries s'installèrent, extrayant l'alcool de diverses plantes, des grains, de la betterave, de la pomme de terre. Les agglomérations ouvrières que créait dans les villes le développement des multiples usines allaient offrir des consommateurs à la surproduction des distilleries.

Au même moment et dans une classe sociale plus élevée, les médecins (car il faut faire à chacun sa part de responsabilité) contribuaient à créer, innocemment, inconsciemment, une autre espèce d'intoxication alcoolique. Il y a quelque soixante-dix ans, la terreur de « l'irritation » avait abouti, sous l'inspiration de Broussais, à des exagérations d'abstinence, à des jeûnes effroyables infligés aux malades à propos des maladies les plus légères. On a réagi, et avec raison, mais on a trop réagi. Il fut entendu que nous sommes dans un siècle d'anémiques et de névrosés ; donc refaisons-nous du sang : *sanguis moderator nervorum*. En avant les viandes rôties à profusion et les vins généreux à plein verre. Les vins médicamenteux dits toniques, presque tous choisis parmi les vins riches en alcool ou suralcoolisés, les Portos, les Malagas, les Madères, ou soi-disant tels, servant de véhicule au quinquina, à la gentiane au colombo, puis plus tard à la coca, à la kola et à tant d'autres drogues amères, toutes ces préparations spiritueuses que les médecins prescrivaient avec enthousiasme il y a quarante ans, et distribuaient *largâ manu*, dans le but d'éveiller l'appétit, de fortifier l'organisme, de combattre la chloro-anémie, ont frayé la voie à l'alcoolisme des apéritifs, l'un des plus dangereux ; soit en incitant les fabricants à chercher des formules de liqueurs nouvelles, soit en habituant le public à considérer les alcoolats de médicaments toniques comme des boissons bienfaisantes et recommandables.

Car, et c'est là un principe dont il se faut bien pénétrer, l'alcool, s'il peut ne pas être très nocif, comme dans le vin naturel, *n'est jamais utile*. Ses prétendues propriétés stimulantes de l'appétit par excitation légère de la muqueuse stomacale, aboutissent très vite à une irritation permanente, à un état de gastrite subaiguë qui fait perdre le goût des aliments et casse chroniquement l'appétit. Ses prétendues vertus réconfortantes ne sont dues qu'à la stimulation momentanée du système nerveux. Le coup d'éperon fait bondir le cheval épuisé mais ne remplace pas l'avoine. Ses prétendus effets réchauffants sont également illusoires. Quand les peuples septentrionaux consomment beaucoup d'alcool, ils ne fournissent pas de vrais matériaux à la combustion respiratoire et ne fabriquent pas réellement de la chaleur animale ; ils ne font que monter artificiellement leur système nerveux au ton d'une excitation factice capable de contrebalancer très momentanément l'action dépressive du froid. L'alcool excite, mais il ne nourrit ni ne réchauffe ; cela est aujourd'hui démontré.

Quand toutes les causes que nous avons énumérées plus haut : énorme surproduction des alcools d'industrie, agglomération dans les villes ou les centres industriels de masses ouvrières très nombreuses, expansion des liqueurs dites toniques et apéritives ; quand toutes ces causes eurent fonctionné durant quelques années, alors apparut *l'alcoolique*. Non plus le pochard bon enfant des chansons bachiques, mais le buveur qui peut ne se griser presque jamais, se croyant parfois à peu près sobre parce qu'il n'arrive que très rarement à l'ivresse aiguë, et qui s'imprègne quotidiennement de liqueurs distillées. L'imbibé chronique, d'ordinaire sombre et triste, — jamais chansonnier ne songera à célébrer la jovialité de l'absinthique, — perpétuellement mal à l'aise parce que ses organes fonctionnent mal, irascible, sujet aux opinions outrancières et aux explosions de fureur injustifiées, souvent sournois et vindicatif, ajoutant volontiers la férocité à la violence : les innombrables drames de l'alcool qui emplissent chaque jour les faits divers des journaux le montrent surabondamment. Une vieille ouvrière me résumait sous cette forme merveilleusement frappante le contraste entre l'ivrognerie de jadis et l'alcoolisme d'aujourd'hui : « Quand mon père rentrait gris, me disait-elle, on riait à la maison ; quand mon petit-fils rentre saoul, on tremble ».

. . . .

La fréquence des cas de folie par alcoolisme augmente en France depuis 20 ans dans des proportions dont le public n'a généralement pas la moindre idée. Le nombre des aliénés de cette catégorie était en moyenne de 713 par année de 1866 à 1875. Il a été pour la seule année 1893 de 3386. Si l'on prend en bloc le nombre des aliénés internés dans les asiles, on trouve qu'il y en avait, en chiffres ronds, 13.000 en 1875 ; il y en avait le double, soit 26.000, en 1897. Le chiffre des suicides a aussi presque doublé : 5400 en 1875, 9200 en 1896. Le nombre s'accroît sans cesse des crimes ou délits commis par les alcooliques. Le jour approche où l'alcoolisme compromettra à tout instant la tranquillité de la rue et la sécurité de tous les citoyens.

Les tissus de l'alcoolique à l'état de déchéance sont infiniment peu résistants à toute cause de maladie et en particulier à l'invasion des microbes. La tuberculose

fauche les intempérants, par milliers. D'après une statistique récente due à M. Jacquet, sur 100 phtisiques soignés dans les hôpitaux de Paris, il y en a 71 qui doivent leur phtisie à l'alcool. Les buveurs sont d'ailleurs tout aussi incapables de résister à l'invasion des maladies aiguës.

. . . .

De 1850 à 1897, la consommation de l'alcool en France s'est élevée de 1 lit. 12 à 4 lit. 72 par tête, c'est-à-dire qu'elle a quadruplé en 40 ans; la Belgique nous égale à peu près. Seuls le Danemarck, la Hollande et l'Allemagne nous dépassent en peu. Mais dans presque tous ces pays il y a une légère diminution sur les chiffres d'il y a dix ans; nous, au contraire, nous progressons sans cesse. C'est en cela que notre situation est particulièrement effrayante; et aussi au point de vue de l'absinthisme.

La consommation de l'absinthe a passé de 18,000 hectolitres qu'on buvait en 1880 à 168,000 hectolitres en 1897; plus de 9 fois plus. C'est plus qu'il ne s'en consomme dans le reste du monde.

. . . .

Voilà la situation telle qu'elle commençait à se dessiner nettement il y a une bonne vingtaine d'années; et elle s'est bien aggravée depuis. Mais qui la connaissait alors ? Les médecins d'hôpitaux ou de centres ouvriers, qui voyaient augmenter sans cesse, dans le domaine de la médecine comme dans celui de la chirurgie, la fréquence et la gravité des complications nées de l'alcool. — Les médecins militaires, qui voyaient rapidement décroître, dans les régions contaminées, l'aptitude au service militaire, qui constataient, par exemple, qu'en Bretagne, les *trois quarts* des conscrits, oui *soixante quinze pour cent*, étaient réformés. — Les médecins aliénistes, qui voyaient grossir incessamment le chiffre des aliénés dans les asiles. Tels étaient les clairvoyants d'alors.

Mais le grand public ne se doutait de rien. En vain un romancier-observateur, ayant l'intuition de l'avenir, Émile Zola, peignait-il, avec une extraordinaire vigueur de touche, dans l'*Assommoir*, — qui est, sans conteste, son meilleur livre, et qui remonte, sauf erreur, à 1878, — le tableau, exact comme une photographie, d'un ménage ouvrier que l'alcool fait lentement sombrer dans la honte, la misère noire et la mort. Que peut un roman, même un roman à succès, pour modifier l'opinion publique ?

Devant les plaintes et les cris de détresse de ceux qui voulaient attirer l'attention sur le péril grandissant, on haussait les épaules et on taxait les alarmistes d'exagération. La gravité et l'imminence du danger, éclatant de toutes parts, ont enfin éveillé le grand public qui commence à comprendre. Il est certain que les gens éclairés s'émeuvent du péril alcoolique. L'heure devient propice à l'action.

. . . .

En matière d'alcoolisme on est à peu près incapable de guérir ; on peut espérer prévenir. Qui a bu boira ; le proverbe est généralement vrai. L'ignorance du danger, les préjugés sur l'alcool considéré comme tonique et comme aliment d'épargne, l'aveuglement volontaire des gens qui, ne se grisant guère, ne peuvent se croire alcooliques, ferment les oreilles d'une foule de buveurs aux salutaires conseils qu'on leur prodigue. Et, quand bien même ils nous croiraient, quand on arriverait à leur démontrer, à les persuader que l'alcool excite mais ne nourrit point, que les liqueurs, et en particulier les apéritifs, sont des poisons, que l'on peut, par l'usage quotidien de l'alcool, mourir d'alcoolisme sans s'être jamais enivré ; l'expérience de tous les jours prouve que les tentations incessantes, les camaraderies d'atelier et de cabaret, la crainte des railleries, les habitudes prises, tout concourt à faire retomber dans son vice le buveur qui a pris vingt fois la résolution de se corriger. Il a d'ailleurs d'autres obstacles à surmonter que les obstacles moraux. Sans doute l'alcoolique dont l'imprégnation n'est pas trop ancienne ni trop intense, l'alcoolique *moyen*, si on peut ainsi parler, n'a pour renoncer à ses habitudes qu'à faire un effort de volonté qui coûte beaucoup, il est vrai, à sa veulerie ordinaire. C'est sur celui-là que peuvent agir encore les suggestions de la réclame antialcoolique. Pour le buveur imbibé profondement et de longue date, la chose n'est pas aussi simple que se l'imagine le public. Outre qu'il a à prendre comme l'autre une résolution amère, il faut encore, pour l'exécuter et y persévérer, que non seulement il accepte une privation désagréable, mais qu'il supporte de véritables et très pénibles souffrances physiques. L'alcoolique est un intoxiqué dont le système nerveux, habitué à un excitant, se détend et fléchit dès qu'il n'est plus soutenu par cette stimulation artificielle. Au fur et à mesure que l'excitation alcoolique se dissipe, la vigueur factice du sujet fait place à une dépression d'autant plus profonde que la stimulation primitive a été plus forte et que l'organisme y est depuis plus longtemps accoutumé ; — dépression qui ne se manifeste pas uniquement par des désordres psychiques, tels que l'abattement et la torpeur et par des phénomènes subjectifs impossibles à vérifier, mais qui s'accompagne de symptômes objectifs parfaitement constatables du côté des systèmes circulatoire, digestif, musculaire. L'alcoolique invétéré s'éveille le matin stupide, pris de bâillements et de nausées, puis de vomissements avec efforts douloureux ; tremblant des mains au point de ne pouvoir exécuter aucun acte de précision ; tourmenté de palpitations et d'intermittences cardiaques, de crampes musculaires, etc. Il fait cesser ces symptômes et reprend son équilibre en ingérant quelques verres d'alcool ; de la même façon que le morphinomane, à qui l'abstinence de son poison chéri occasionne de cruels malaises, les calme

par une piqûre de morphine. Les phénomènes sont, à vrai dire, beaucoup plus intenses chez le morphinomane que chez l'alcoolique ; mais tous les deux ne se peuvent délivrer sur le champ de leur état pénible que par l'absorption d'une nouvelle dose toxique : alcool ou morphine. S'ils résistent à la tentation, le malaise continue, dure un et même plusieurs jours et ne s'atténue qu'à la longue. C'est dire qu'il faut, pour engager et soutenir cette lutte, une énergie, dont peu d'alcooliques, — et encore moins de morphinomanes, — sont capables.

Quelques-uns cependant, par un effort véritablement héroïque, arrivent à se tirer du gouffre. Ceux-là n'y réussissent que par le procédé radical de l'abstinence absolue. Il faut honorer et féliciter ces hommes courageux. Mais combien sont-ils ? Un sur dix mille peut-être. Pratiquement cela ne compte pas. Non, c'est à l'adolescence qu'il faut s'adresser. C'est elle dont il faut dès aujourd'hui façonner le cerveau de manière à former une génération de jeunes hommes pour qui l'alcool sera un stimulant sans valeur et un dangereux poison, aux yeux desquels il ne sera plus ridicule ni honteux de s'abstenir d'eau-de-vie et d'absinthe, et qui prendront l'alcoolique en pitié et en dégoût. Voilà l'idéal à poursuivre. En nous attelant à la besogne dès aujourd'hui, combien d'années mettrons-nous, je ne dirai pas à le réaliser mais à l'entrevoir ? Dix, douze, quinze ans ; peut-être plus. C'est long quinze ans ; mais si nous ne commençons jamais........

De là découle le rôle de l'Education et de l'Enseignement; et par voie de conséquence celui de l'Université.

. . . .

Il y a lieu d'ancrer solidement dans l'esprit des jeunes gens la conviction de la nocivité de l'alcool. Pour cela il importe de ne pas leur présenter l'idée exclusivement comme un sujet de devoir, à l'instar d'un devoir d'histoire ou de géométrie, mais bien de la mêler sans cesse à la trame de l'enseignement, de la présenter incidemment et sous des apparences fortuites. C'est à propos de compositions françaises, de dictées, que l'on s'attachera à faire comprendre aux enfants qu'en dehors de l'ivrognerie, forme répugnante de l'alcoolisme, il y a une façon du vice, d'apparence moins choquante mais tout autant sinon plus dangereuse ; — à propos d'arithmétique où des problèmes seront posés sur les dépenses qu'entraîne l'alcool, ou les économies qu'il empêche ; à propos d'histoire, de morale, de géographie, etc., etc.

Dans les Écoles primaires élémentaires de garçons la croisade antialcoolique est commencée depuis 1899.

Dans les Écoles de filles, la propagande, pour affecter une forme un peu indirecte et impersonnelle, n'en est pas moins effective et n'en sera pas moins efficace. Si dans quelques années les anti-alcoolistes pouvaient faire fond sur le concours dévoué des femmes, ce ne serait pas là une force à dédaigner. On s'attache à persuader aux fillettes que si nous répétons partout à satiété que l'alcool est un abominable toxique, c'est afin de préserver leurs pères, leurs frères, leurs futurs maris d'un péril grandissant, et pour faire régner l'aisance et la gaîté en leur maison où l'alcoolisme apporterait la tristesse et la misère ; que leur bonheur, à elles, y est donc directement intéressé ; qu'elles ne doivent pas seulement se garder elles-mêmes d'un vice particulièrement bas et dégradant chez la femme, mais aussi tâcher d'en détourner les autres ; que le meilleur moyen qu'elles aient à leur portée pour cela, c'est d'être de bonnes petites ménagères, veillant à ce que le logis soit propre et bien tenu et la cuisine appétissante, de sorte que les hommes de la famille s'y trouvent bien et n'aient pas envie d'aller au cabaret ; qu'en un mot la femme peut beaucoup par ses qualités sérieuses d'ordre et d'économie, par ses qualités aimables de douceur et d'enjouement, pour fixer le père et les garçons à la maison.

C'est, du reste, une justice à rendre aux instituteurs et aux institutrices que de reconnaître qu'ils sont très disposés à être de vaillants soldats de l'anti-alcoolisme ; et l'on peut rendre la même justice aux professeurs de l'Enseignement secondaire des lycées et des collèges.

. . . .

Je voudrais, en finissant, m'adresser encore aux femmes. Quoique la femme s'alcoolise infiniment moins que l'homme, quoique l'alcoolisme féminin soit, sauf en quelques régions exceptionnelles, vingt fois moins répandu que l'alcoolisme masculin, elle n'en est pas moins, comme épouse et comme mère, la grande victime, on pourrait dire la grande martyre de l'alcool. Et cela non pas seulement dans la classe ouvrière, mais même dans la classe moyenne, dans la bourgeoisie : nous sommes à cet égard, nous autres médecins, les dépositaires de bien des confidences navrantes. Combattre l'alcoolisme ce n'est pas seulement pour la femme faire œuvre de charité, c'est faire acte d'égoïsme intelligent et bien entendu.

Mettez-vous donc à cette œuvre-là. Mesdames. Vous pouvez beaucoup, comme éducatrices de la première enfance, pour inspirer dès le berceau à vos bébés la terreur et le dégoût de l'alcool. Vous pouvez beaucoup, par votre influence au foyer, pour préparer le mouvement d'opinion qui forcera la main aux pouvoirs publics et les amènera aux mesures légales qu'il faudra bien finir par prendre un jour. Vous ne votez pas, c'est vrai, — ou du moins pas encore ; — mais votre puissance, sachez-le, n'en est pas moins énorme. Et, comme l'a dit un éloquent député de la Chambre Belge, antialcooliste fervent : « Ce que femme veut, le corps électoral finit par le vouloir ! »

Dr H. Folet.

Obstruction complète du vagin et du méat urinaire par une tumeur kystique chez un nouveau-né. — Abouchement anormal de l'anus dans la vulve.

par le docteur **Etienne Breton**, de Saint-Amand, lauréat de la Faculté de Lille.

Je fus mandé par une sage-femme de la ville pour un nouveau-né, du sexe féminin, qui, me dit-on, n'avait pas souillé ses langes depuis sa naissance, qui remontait à la veille. L'enfant pleurait, faisait de continuels efforts et l'on sollicitait ma présence immédiate.

Je me trouvai en présence d'un nourrisson d'apparence extérieure robuste, mais très rouge et pleurant sans cesse avec beaucoup d'efforts. A l'examen voici ce que je constatai : face normale, tégument intact, rien sur le corps, rien aux membres. Mon attention est aussitôt attirée vers les organes génitaux : chaque cri de l'enfant fait saillir entre les grandes lèvres une petite tumeur blanchâtre du volume d'une grosse noix, fluctuante, facilement réductible avec le doigt mais reparaissant à chaque effort. Pas d'anus ; au lieu et place de l'orifice une sorte de raphé fibreux longitudinal de deux centimètres et demi environ, dur, ressemblant assez à du tissu cicatriciel. Rien n'est visible des organes génitaux externes, ni petites lèvres, ni clitoris, ni méat urinaire, ni vagin. Il n'y a absolument que les grandes lèvres, et insérée sur leur pourtour une membrane fine, blanchâtre, qui par instants se tend et fait au dehors une saillie ovoïde du volume d'une grosse noix.

Il y a exactement vingt-six heures que l'enfant est née, elle ne cesse de crier, s'agite, fait de continuels efforts, une intervention urgente s'impose.

Aidé par la sage-femme, je fais mettre le nouveau-né dans la position de la taille, sur un coussin dur, les jambes bien écartées ; avec une pince à dissection je saisis la paroi de la petite poche et donne prudemment un coup de ciseaux fins. De la boutonnière s'échappe un liquide blanchâtre, crémeux, sans odeur, environ trois cuillerées à café. J'agrandis alors mon ouverture, et, minutieusement à la pince et aux ciseaux, rasant le bord interne des grandes lèvres je dissèque la poche du kyste, je découvre l'orifice vulvaire, le méat urinaire, mais toujours pas d'anus. Je pensais à une absence congénitale et j'allais intervenir, lorsque de la partie inférieure de la vulve je vois sourdre du méconium ; j'écarte, et je découvre, situé à la partie inférieure, mais nettement compris dans la vulve, un orifice d'où sort du méconium. J'y introduis un stylet qui chemine sans résistance, et avec une pince hémostatique, je dilate doucement l'orifice, du méconium s'échappe en abondance. Depuis, l'anus et le méat fonctionnent très bien, l'enfant prend le sein et se développe normalement.

Ce qui rend ce cas particulièrement intéressant, c'est d'abord la présence d'une tumeur kystique oblitérant totalement les organes génitaux externes au point de supprimer la fonction urinaire ; ensuite cette anomalie étrange d'avoir l'anus compris dans l'orifice vulvaire, non pas cela a été signalé quelquefois sous forme de fistule venant s'aboucher en un point quelconque du vagin, mais un orifice net et bien circonscrit. L'enfant n'urinait pas, parce que son méat était recouvert par la tumeur, il ne rendait pas son méconium, parce qu'ayant un anus anormal le kyste qui recouvrait toute la vulve l'oblitérait totalement.

Faudra-t-il intervenir dans l'avenir ?

Cette particularité d'anus vulvaire semble compatible avec la vie. Morgagni ne rapporte-t-il pas l'histoire d'une juive ayant un anus s'ouvrant dans la vulve et qui vécut jusque cent ans, jouissant de toutes les prérogatives de son sexe !

Un cas de zona thoracique ayant évolué au cours d'une vaccine

par **Edg. Loubry**, Interne des hôpitaux.

Nous venons d'observer, dans le service de M. le professeur Dubar, un cas de zona, curieux par son évolution parallèle à celle d'une vaccine.

Le nommé Tr... Charles, âgé de 18 ans, entre le 20 décembre 1901 à la clinique chirurgicale de la Charité. Il est porteur, au niveau de la cuisse gauche de deux fistules consécutives à de l'ostéopériostite du fémur, datant de plusieurs années.

Dans les antécédents personnels du malade, on note seulement une attaque d'influenza en 1899. Disons de suite qu'aucune lésion de l'appareil respiratoire n'a été trouvée. A l'examen de la poitrine, l'attention est aussitôt attirée par une éruption localisée à la moitié droite du thorax et constituée par des groupes de pustules recouvertes de croûtes jaunâtres occupant une ligne horizontale qui correspond aux 3e et 4e espaces intercostaux. Cette éruption s'arrête brusquement, tant en avant qu'en arrière, au niveau de la ligne médiane.

Le malade n'a jamais ressenti dans cette région de véritables douleurs, tout au plus des picotements, des fourmillements sans grande importance. Le début remonte aux premiers jours de décembre : à ce moment, l'éruption était formée de groupes de petites vésicules renfermant un liquide clair et entourées d'une auréole inflammatoire.

Le diagnostic de zona ayant été posé, il s'agissait de trouver sa cause.

Jamais le malade n'a présenté d'éruption de la peau, quelle qu'elle soit. L'interrogatoire ne nous donne aucun renseignement permettant d'expliquer ce zona par une de ses causes habituelles, tels que traumatisme, froid humide, intoxications diverses, troubles dyspeptiques chroniques, diabète.

Cependant, nous voyons que le bras gauche du malade présente trois pustules vaccinales : en effet, celui-ci nous dit avoir été vacciné le 2 décembre dernier. Sa vaccine a évolué normalement et n'a pas été suivie de généralisation ni d'éruption autre que ce zona. Celui-ci est apparu quatre ou cinq jours après l'inoculation. Actuellement, six semaines après le début, l'éruption a disparu en laissant

des cicatrices blanches très apparentes : aucun trouble de la sensibilité n'est à noter.

En résumé, il s'agit là d'un cas cas de zona ayant évolué au cours d'une vaccine. Peut-on imputer à cette dernière, véritable maladie infectieuse, l'éruption observée ? Dans nos recherches bibliographiques, nous n'avons trouvé aucun cas de ce genre. Nous nous garderons bien de conclure formellement à une relation de cause à effet entre les deux affections : qu'il nous soit tout au moins permis de penser qu'il y a là plus qu'une simple coïncidence. En effet, on cite un certain nombre de cas de zona évoluant dans le cours ou dans la convalescence de maladies infectieuses : tuberculose, pneumonie, grippe, fièvre typhoïde, scarlatine, rougeole.

Note sur le Bodo Urinarius d'Hassall

Par le docteur **Tonnel**, de La Madeleine.

En 1895, dans le numéro de février de la *Revue Biologique du Nord de la France,* M. le professeur Th. Barrois publiait une étude sur le Bodo Urinarius (qu'il différenciait du Cytomonas Urinaria de Blanchard, et du Plagiomonas Urinaria de Braun), à l'occasion d'une urine alcaline que nous lui avions portée à cette époque. Cette urine, émise par un malade atteint d'ictère chronique, contenait un grand nombre d'infusoires flagellés qui ne se retrouvèrent plus dans des examens ultérieurs, quand on recueillit l'urine aseptiquement. M. le professeur Barrois, étudiant les observations de Kunstler, de Hassall, de Roos, ne pensait point que ce flagellé pût garder sa place dans la pathogénie humaine, et bien que n'ayant pu déterminer exactement les conditions spéciales qui présidaient à la genèse de ces animalcules dans l'urine, il n'admettait pas, contrairement à Hassall et à Kunstler, que le Bodo pût s'introduire dans les voies urinaires de l'homme et y vivre en parasite.

Une nouvelle observation que j'ai eu l'occasion de faire récemment, me permet actuellement de confirmer les conclusions de M. le professeur Barrois, et de ne voir dans le Bodo Urinarius qu'une forme de l'Oïkomonas mutabilis de Sar. Kent, si commune dans les macérations végétales.

En examinant l'urine alcaline d'un dyspeptique qui l'avait émise dans la nuit, je trouvai une multitude d'infusoires très mobiles, à côté d'innombrables bactéries et de quelques cristaux d'urates de chaux et de phosphates ammoniaco-magnésiens. L'analyse de l'urine était la suivante :

Densité : 1018	Albumine : 0
Couleur : ambrée	Sucre : 0
Aspect : trouble	Bile : 0
Odeur : légèrement ammoniacale	Mucine en petite quantité
Réaction : *alcaline*	
Urée : 38 gr. par litre	
Acide urique : 0.60 centigr. par litre	
Chlorures : 15 gr. par litre	
Acide phosphorique : 2 gr. 50 par litre	

Les infusoires fixés par l'acide picro-sulfurique, ou par le réactif iodo-ioduré fortement iodé, sont absolument identiques à ceux que nous avions vus en 1895. Leur forme est celle d'une semelle de soulier légèrement renflée à la portion antérieure, effilée plus ou moins à la partie postérieure, étreinte par une encoche plus ou moins profonde à la partie moyenne. Dans le plus grand nombre d'individus examinés le premier jour, un seul cil, long, très flexible, moins coloré que le reste de l'animalcule, se voit à la partie antérieure du flagellé. Plus tard, on peut constater un accroissement dans les dimensions moyennes des monades qui, d'environ 10 μ, varient le troisième jour entre 12 et 16 μ sur 8 à 8μ5, et l'on rencontre alors plus d'individus portant deux cils à la partie antérieure, et parfois un cil à la partie obtuse. Ce dernier cil est plus long, plus gros, moins flexueux, moins mobile que les deux autres. Le corps est constitué par du protoplasma clair, contenant de fines granulations, et présente le plus généralement une seule vésicule contractile.

Je sonde le malade dans l'après-midi, et je retire une urine alcaline qui ne contient plus d'infusoires. Le lendemain matin, dans l'urine émise la nuit, je n'en rencontre pas encore. Sur mes conseils, le malade laisse l'urine séjourner dans le vase et, à ma profonde stupéfaction, quarante-huit heures plus tard, un examen microscopique me révèle la présence de flagellates identiques aux premiers. Mon malade, que je sonde de nouveau, n'en a point.

Une conclusion bien nette s'imposait dès lors : le Bodo que je rencontrais n'était pas un parasite ; il arrivait dans l'urine sous l'influence de conditions spéciales qu'il s'agissait pour moi de déterminer.

Je vide le vase que je fais nettoyer à l'eau bouillante et à l'acide azotique, j'y mets l'urine que je retire par le cathétérisme de la vessie, et je le place dans la ruelle du lit du malade, là précisément où je l'ayais trouvé dans mes examens antérieurs. Différents flacons renfermant l'urine de la journée sont placés dans d'autres parties de la chambre. Quelques jours plus

tard je trouve du Bodo Urinarius dans le premier vase et, malgré des recherches attentives, je n'en vois point dans les autres. Cette expérience, recommencée plusieurs fois, me donne toujours les mêmes résultats.

Dès lors, après avoir de nouveau aseptisé divers flacons, je les plaçai dans la ruelle et je les couvris. Ils y restèrent huit jours et jamais je n'y pus retrouver le Bodo Urinarius dans ces conditions. Celui-ci n'y apparut au bout de quarante-huit heures environ, qu'après y avoir plongé dans l'urine qu'ils contenaient, les couvercles en papier qui me servaient à les fermer. Chose étrange, mon expérience, recommencée à trois reprises différentes, m'indiquait toujours deux vases contaminés du Bodo, à l'exclusion des six autres placés dans la même partie de la chambre, et cette contamination était toujours déterminée par la situation que les vases occupaient dans la ruelle. Les flacons, placés juste au milieu de cette ruelle, contenaient seuls du Bodo.

Ce fait d'observation me donna la clef du mystère, car, en examinant les couvercles de mes flacons, je constatais sur leur face supérieure la présence de grains de millet plus ou moins croqués par des oiseaux qui se trouvaient dans une cage suspendue au mur de la chambre, au-dessus de mes vases contaminés. C'était à ces grains de millet qui tombaient dans l'urine que je devais la rencontre du Bodo Urinarius, Et, en effet, quand je fis étendre sous la cage un linge destiné à recevoir les débris de la nourriture des serins, je ne revis plus le pseudo-parasite, qui apparaissait dans l'urine infailliblement, au bout de quarante-huit heures environ, quand j'y jetais quelques grains de millet. Les cultures que j'obtenais ainsi étaient de superbes bouillons de Bodo, à l'exclusion de tout autre monade.

Il ne peut donc y avoir de doute au sujet de mon observation : mon dyspeptique n'avait aucun parasite dans sa vessie. Celui-ci était dû à la chute de quelques grains de millet dans les vases qui contenaient l'urine de mon malade.

A diverses reprises, sous l'influence du traitement, l'urine de mon malade devint acide, et jamais alors, même en y mettant du millet, je n'y pus rencontrer le Bodo. Celui-ci est toujours apparu dans des urines alcalines, et je ne l'ai point vu se développer dans une urine normale.

En somme, comme M. le professeur Barrois l'affirme dans son article précité, les cas de parasitisme vrai pour le Bodo Urinarius sont loin d'être démontrés, et notre observation vient confirmer son dire. Les urines examinées par Hassall, par Kunstler, par lui-même étaient des urines alcalines *en putréfaction*, susceptibles, par conséquent, d'avoir été contaminées par des matières végétales. Si bien, que, sauf pour les Trichomonas dont Marchand et Miura ont prouvé la présence dans la vessie de leurs malades, je crois qu'on ne peut accorder la moindre place aux autres monades dans la pathologie humaine. De plus, si l'on veut bien remarquer que certaines espèces d'Oikomonas, entr'autres l'Oikomonas rostratum de Sav. Kent, peuvent se développer dans des macérations végétales faites avec de l'eau salée, l'on voit que le Bodo Urinarius présente plus d'une affinité et plus d'un caractère zoologiques capables de le faire rentrer dans cette classe d'infusoires dont l'un des types se développait à l'exclusion de tout autre dans des urines alcalines, à la condition expresse d'y placer quelques organismes végétaux, condition sine qua non qui nous expliquerait pourquoi certains observateurs, comme Roos, ont pu le rencontrer une seule fois dans des salles de cholériques, et ne plus l'y retrouver les jours suivants.

Consultations Médico-Chirurgicales

TRAITEMENT DU PSORIASIS

Prof. Charmeil.

Informations cliniques. — Dans sa forme typique, la lésion élémentaire du psoriasis est constituée par une tache lenticulaire blanche, saillante, micacée, brillante, desquamant aisément par grattage, prenant l'aspect « tache de bougie » caractéristique. Cette tache repose sur une surface rouge, facilement saignante ; cette surface, avant le grattage, dépasse légèrement sous forme d'aréole l'élément psoriasique si celui-ci est en état d'extension ; quand l'élément éruptif a atteint son apogée, cette aréole n'existe plus, bon signe de pronostic au point de vue de l'extension de la lésion.

La dimension de l'élément peut varier depuis la tache punctiforme jusqu'à la large surface de plusieurs décimètres carrés. Au point de vue morphologique, l'élément est plein, discoïde, ou bien festonné, affectant la forme de cercles plus ou moins parfaits, le centre représenté par de la peau saine, la périphérie occupée par le bourrelet éruptif (psoriasis figuré).

L'extension est extrêmement variable, allant depuis deux

ou trois taches, jusqu'à couvrir la majeure partie du tégument.

Dans les cas d'éruption discrète, points de localisation très nets des coudes et des genoux. En cas d'élément frappant la vue du médecin sur une autre partie du corps, se reporter à ces points d'élection ; dans la grande majorité des cas, la recherche sera positive. Souvent aussi, le cuir chevelu est atteint, et dans les cas douteux, toujours l'explorer à la vue, et chez les personnes ayant les cheveux longs, à l'aide du toucher.

Le psoriasis ne provoque, sauf dans les cas rares de « psoriasis irritable », pas de phénomènes subjectifs ; et dans maints cas, s'il est discret, le porteur en ignore l'existence. Son évolution procède le plus souvent par poussées séparées par des intervalles d'accalmie. Au bout d'un temps variable, la poussée tend à disparaître spontanément. Ce fait a des conséquences intéressantes au point de vue de l'appréciation de l'efficacité de telle ou telle méthode thérapeutique.

Dans les cas atypiques, le psoriasis peut envahir les régions habituellement épargnées, particulièrement les plis de flexion. Dans ces cas, l'exanthème perd ses caractères de lésion essentiellement squameuse ; les parties deviennent rouges, parfois un peu suintantes, elles se recouvrent de croutelles grasses, jaunâtres ; on est en face de l'un de ces cas ambigus qui constituent des faits de passage entre le psoriasis et les séborrhéides (Eczéma séborrhéique de UNNA).

Parfois, spontanément ou sous l'influence d'une médication irritante, l'éruption se généralise sous forme d'une érythrodermie plus ou moins intense, plus ou moins tenace, constituant ce qu'on a appelé le psoriasis aigu.

Le psoriasis se concilie avec une santé générale parfaite ; dans la majorité des cas, il se développe chez des personnes vigoureuses (morbus fortiorum) ; il fait le plus souvent son apparition de quinze à vingt-cinq ans. Le terrain le plus favorable à son éclosion paraît être le tempérament neuro-arthritique. On a signalé parfois un certain balancement entre les manifestations cutanées et des attaques d'asthme, de la dyspepsie, des migraines, etc., etc.

En résumé, ce qui fait avant tout la gravité de la maladie, abstraction faite de son étendue, c'est sa tendance à d'incessantes récidives.

Indications pathogéniques. — On connaît fort peu de chose sur la pathogénie de psoriasis. En dehors des constatations de fait que l'affection est assez souvent héréditaire, qu'elle se rencontre le plus souvent chez des personnes dont l'habitus général, les prédispositions morbides se rattachent à la grande famille des maladies par ralentissement de la nutrition ou **arthritisme**, dans la signification moderne du mot, l'étiologie apporte peu d'éclaircissements à l'instauration du traitement.

Deux théories se partagent les auteurs : les uns s'appuyant sur les tout à fait rares cas de contagion ou d'inoculation expérimentale ou accidentelle (psoriasis vaccinal), sur des recherches de laboratoire qui ont donné du reste des résultats contradictoires ; sur la marche centrifuge des lésions dans les cas de psoriasis figuré, marche singulièrement comparable à celle des mycoses cutanées ; enfin et surtout sur le fait d'expérience que les meilleurs médicaments locaux du psoriasis sont des antiseptiques énergiques, n'hésitent pas à faire de cette affection une **maladie parasitaire**.

La seconde théorie, s'appuyant sur le fait que le psoriasis se développe souvent sous l'influence de causes morales, sur ce que sa disposition est fréquemment symétrique des deux côtés du corps, qu'elle suit parfois très nettement le trajet d'un filet nerveux, ou affecte une disposition zoniforme ; qu'il existe une forme particulière, forme douloureuse du psoriasis, s'accompagnant de dysesthésies, et d'arthropathies à rapprocher de celles observées dans le rhumatisme chronique déformant ou dans les manifestations articulaires de diverses affections nerveuses centrales ou périphériques, **incrimine le système nerveux**, et fait du psoriasis une maladie à rapprocher du zona.

Enfin une théorie mixte se demande si les toxines d'un parasite ne seraient pas susceptibles de porter leur action sur l'axe cérébro-spinal ou les nerfs périphériques ; de la sorte, chaque explication aurait sa part de réalité.

Traitement. — A. *HYGIÈNE ET DIÉTÉTIQUE*. — Ce que nous avons dit du terrain sur lequel se développe de préférence le psoriasis conduit à conseiller au malade une diététique particulière. En fait, il résulte d'observations multipliées que les psoriasiques se trouvent mal d'une alimentation carnée excessive ; il sera donc bon de leur conseiller de n'absorber de la viande qu'à l'un des deux principaux repas ; dans les cas sévères, le régime végétarien absolu ou mitigé sera recommandé. De même, les aliments fermentés, les fromages de haut goût, les salaisons, l'alcool sous toutes ses formes seront, suivant les cas, restreints ou proscrits. Une médication alcaline ou lithinée à domicile ou aux sources minérales elles-mêmes donnera souvent de bons résultats.

Une hygiène bien comprise, un exercice corporel régulier, des pratiques hydrothérapiques qui assureront le bon fonctionnement de la peau seront conseillés aux malades.

B. — *MÉDICATION INTERNE*. Nous nous contenterons d'indiquer les médicaments dont l'action s'est montrée indiscutablement efficace.

1° **Arsenic**. — Le plus en vogue des médicaments internes : il est peu de psoriasiques qui n'aient absorbé force compositions arsenicales. Un principe général, c'est que la médication arsenicale n'agit qu'à hautes doses. Quel que soit donc l'agent employé, il faudra le donner à doses progres-

sives, pour atteindre les limites de la tolérance, variables avec chaque sujet considéré. Débuter toujours par des doses minima.

On peut employer : la **solution de Fowler** (arsenite de potasse). Commencer par quatre à six gouttes dans un peu de vin ou de bière au début de chacun des deux principaux repas ; augmenter cette dose d'une goutte tous les deux jours. On arrive de la sorte facilement à une vingtaine de gouttes ; s'il n'y a pas d'intolérance, on continuera à augmenter la dose jusqu'à ce que les troubles digestifs prémonitoires aient indiqué la limite qu'il ne faut pas dépasser. Le traitement sera continué plusieurs mois ; ne pas l'interrompre brusquement, mais suivre une marche descendante, en parcourant la marche inverse à celle qui a présidé à la recherche de la dose de tolérance maxima.

Au lieu de liqueur de Fowler, on pourra avoir recours à la **liqueur de Pearson** (arséniate de soude), en se souvenant qu'il faut employer des doses doubles de celles de la liqueur de Fowler. L'acide arsénieux en solution sous forme de liqueur de Boudin (solution au millième d'acide arsénieux dans de l'eau) permet un dosage et une progression faciles. Bon nombre de malades arrivent à tolérer de deux à trois centigrammes d'acide arsénieux, soit trente à quarante grammes de solution de Boudin.

Dans ces dernières années, un nouveau composé arsénical qui permet des doses infiniment supérieures, l'**acide cacodylique** (acide arsénique diméthylé) a été préconisé. Il est le plus souvent administré sous forme de cacodylate de soude. On arrive avec lui à faire tolérer par l'organisme des doses d'arsenic dix et quinze fois supérieures à celles jusqu'à présent employées. On commence par cinq centigrammes de cacodylate de soude en solution, administré comme il est indiqué pour la liqueur de Fowler. Augmenter de deux centigrammes tous les deux jours. On pourra de la sorte arriver à une vingtaine de centigrammes, contenant la même quantité d'arsenic que quarante-cinq centigrammes d'arseniate de soude. Au lieu de la voie gastrique, on pourra employer la voie sous-cutanée ; il existe dans le commerce des ampoules stérilisées de solution de cacodylate de soude d'un emploi très aisé.

Il ne faut pas oublier d'être très prudent dans cette médication et certains cas d'intoxication ont démontré que l'on était allé dans cette voie peut-être un peu vite et un peu loin.

L'eau de la Bourboule, qui contient 28 milligrammes d'arseniate de soude par bouteille, pourra être conseillée en débutant, comme on le fait à la saison même, par une verrée, et en arrivant progressivement à trois, en ayant bien soin de fractionner les doses et de les ingérer au moment de se mettre à table.

Quant au résultat thérapeutique de la médication arsenicale, il est souvent médiocre ; il semble que l'arsenic n'agisse qu'aux doses qui apportent une profonde perturbation dans l'organisme ; il n'aurait plus alors de vertu particulière ; on sait, en effet, que sous l'influence d'une affection sérieuse intercurrente, on voit souvent le psoriasis ou plutôt la poussée psoriasique s'éteindre rapidement. Que la perturbation soit toxique au lieu d'être pathologique, l'effet obtenu serait le même et explicable de la même façon, sans qu'il y ait lieu d'invoquer en faveur du médicament la moindre action spécifique.

2° **Iodure de potassium**. — L'emploi de l'iodure de potassium à hautes doses dans le psoriasis a été surtout préconisé par Haslund, qui est arrivé à des doses formidables : 20, 30, 40, jusqu'à 50 grammes par jour. Il débute par l'administration quotidienne de 3 à 4 grammes, en solution aqueuse, et augmente de 2 grammes par jour jusqu'aux dates indiquées. La durée moyenne de la cure est de quatre à six semaines. Il faut bien recommander au patient de faire suivre l'administration de chaque dose de l'ingestion d'une verrée d'eau pour empêcher l'intolérance gastrique. Sans aller aussi loin, l'administration de 10 à 12 grammes donne parfois de bons résultats.

L'indication de l'iodure se rencontre surtout dans les psoriasis douloureux compliqués d'arthropathies. Il semble également que, en associant l'iodure à l'intérieur avec la médication externe, on arrive plus rapidement à la disparition de l'exanthème.

En somme, il ne s'agit là que d'un traitement d'exception ; la tolérance pour les hautes doses est plutôt rare ; mais c'est une thérapeutique que l'on peut être appelé à mettre en œuvre parfois. Comme mécanisme d'action, ce serait surtout par action générale altérante, comme l'arsenic, qu'agirait l'iodure de potassium.

3° **Mercure et Mercuriaux**. — Le mercure ou ses composés, sous forme d'injections intra-musculaires, a donné quelques bons résultats. On n'y aura recours que rarement, dans des cas spécialement rebelles. On mettra en œuvre soit les injections d'huile grise, soit celles de calomel, aux doses et avec la technique que nous avons longuement exposées à propos du traitement de la syphilis.

4° **Opothérapie thyroïdienne.** — Cette médication compte un certain nombre de succès ; mais les dangers des préparations thyroïdiennes est tel qu'on n'y aura recours que très rarement. « C'est un remède de désespéré », dit Thibierge qui en a fait une excellente étude. Ce n'est que dans les cas où tout a échoué que l'on est autorisé à essayer des diverses préparations thyroïdiennes qui foisonnent du reste sur le marché.

De l'étude que nous venons de faire des ressources offertes par la médication interne, nous conclurons que celle-ci, pour être vraiment efficace, nécessite l'emploi de doses considérables de produits toxiques ; et que l'on n'arrive à des résultats sérieux qu'au prix d'une altération de la santé générale. Elle

ne saurait donc en thèse générale être recommandée. Tout au plus, à titre d'agent tonique général, conseillerions-nous les préparations arsenicales, mais administrées d'une façon modérée. Le reste ne trouvera son indication que dans des cas après tout exceptionnels.

C. — *MÉDICATION EXTERNE*. — L'emploi de tout agent destiné à modifier localement l'élément psoriasique doit être précédé de ce que l'on appelle le **décapage de l'élément** à savoir l'ablation de la couche squameuse qui recouvre et cuirasse en quelque sorte cet élément. Ce décapage consistera le plus souvent dans l'administration d'un bain tiède un peu prolongé, alcalin (100 grammes environ de sous-carbonate de soude) ; dans le bain, le malade frictionnera énergiquement tous les éléments morbides avec du savon mou de potasse et une brosse un peu dure. Ce décapage devra être répété fréquemment, dès que les lamelles épidermiques stratifiées se reconstitueront. Dans certains cas, on complètera l'action décapante du bain par l'application de bandes de caoutchouc que l'on aura soin d'enlever trois à quatre fois par jour pour éviter la macération sous-jacente de l'épiderme. Aux membres supérieurs ou inférieurs, on emploiera des bas ou des gants de caoutchouc. Chaque fois que l'on enlèvera l'enveloppement imperméable, savonnage de la région.

Une fois les placards psoriasiques décapés, il y aura lieu de faire choix du topique approprié au cas considéré. Il faut tout d'abord se pénétrer de **certains principes généraux :** bien que dans l'immense majorité des cas, le psoriasis soit une lésion qui supporte, sans se révolter en quelque sorte, les réducteurs les plus énergiques, il faudra se méfier de la **possibilité d'intolérance individuelle**, et commencer par des doses faibles de principes actifs pour tâter la susceptibilité du tégument. **Les indications seront différentes dans les cas de psoriasis très étendu ou au contraire discret.** Des agents toxiques, inoffensifs s'ils sont appliqués sur quelques points de la peau, provoqueront des accidents graves s'ils sont destinés à recouvrir de larges surfaces.

1° **Graisses simples.** — Employées sans adjonctions, les graisses simples telles que axonge fraîche, vaseline, lanoline, assouplissent les téguments et ont une action déjà efficace : chez certains malades à peau irritable, elles sont seules de mise, et à la suite d'applications plus énergiques, à la moindre menace d'intolérance cutanée, il faut savoir y revenir. Suivant BESNIER, bon nombre de vieux psoriasiques après maintes épreuves thérapeutiques dont ils ont appris à connaître la vanité ne viennent plus réclamer à l'hôpital que quelques bains et un peu d'axonge.

2° **Goudron.** — Le goudron, sous sa forme la plus employée, à savoir le goudron du genévrier oxycèdre ou huile de cade, était, il y a une vingtaine d'années encore, l'antipsoriasique le plus employé, au moins dans la clientèle hospitalière. On l'étend généralement de glycérine, constituant ainsi un glycérolé cadique dans lequel la proportion d'huile de cade varie de 10 à 50 pour 100. Voici les deux formules les plus employées :

Glycérolé cadique faible de VIDAL :

Huile de cade vraie	10 gr.
Extrait fluide de Panama ou savon noir	q. s. pour émulsionner
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre	90 gr.
Essence de girofle	q. s.

Glycérolé cadique fort :

Huile de cade vraie	50 gr.
Extrait fluide de Panama ou savon noir	5 gr.
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre	45 gr.
Essence de girofle	q. s.

Suivant la susceptibilité individuelle, l'étendue des lésions, leur siège, le médecin emploiera l'une ou l'autre formule modifiée suivant l'indication.

L'application se fera tous les soirs, et le malade gardera pendant le jour au contact des éléments un morceau de lint fixé par une bande ou, si l'éruption est discrète, des morceaux d'emplâtre adhésif simple.

Les inconvénients de cette médication sont, en dehors de l'intoxication générale par le goudron, extraordinairement rare, la poussée de ce que l'on appelle l'acné cadique : on évitera cette complication par une surveillance attentive, des bains fréquents, l'emploi de pommades à l'oxyde de zinc, à la première menace.

L'inconvénient le plus sérieux est indiscutablement l'odeur pénétrante et désagréable du goudron. La couleur brune du médicament rend aussi son emploi difficile à la face et aux mains quand le malade veut suivre un traitement ambulatoire et ne pas consacrer quelques semaines uniquement à se traiter.

Ces inconvénients sont en partie évités par l'emploi de collodion acétonique à l'huile de cade, dont voici la formule (GAUCHER) :

Collodion à l'acétone anhydre et pure	60 gr.
Huile de cade de genévrier pure	30 gr.

Badigeonnages chaque jour avec un pinceau de ouate sur toutes les parties atteintes. Le matin, le malade fait un lavage avec de l'eau tiède avant la nouvelle application du tonique.

Enfin, il existe des emplâtres à l'huile de cade qui permettent aussi le traitement ambulant (Emplâtres médicamenteux de VIGIER ou de CAVAILLÈS).

3° **Acide pyrogallique.** — Agit plus rapidement que l'huile de cade, et est inodore ; mais ne saurait être appliqué sur de vastes surfaces sans risque d'intoxication parfois fort grave ; pendant l'application, surveiller avec soin l'urine du malade qui, à la première alerte, prend une teinte vert olive ou noirâtre. L'acide pyrogallique a en outre l'inconvé-

nient de teindre fortement la peau en noir, de tacher le linge. Il s'emploie en pommades :

Acide pyrogallique.........	5 à 10 grammes
Vaseline....................	100 grammes

à laquelle on peut ajouter de 1 à 3 grammes d'acide salicylique.

4° **Acide chrysophanique**. — Donne des résultats plus rapides encore que l'acide pyrogallique, mais il peut provoquer des accidents locaux ou généraux : de la conjonctivite, des érythrodermies localisées ou généralisées, de la véritable dermite allant jusqu'à la vésication, etc., etc. On se sert, soit d'une pommade au dixième que l'on étend une fois par jour sur les placards décapés, soit d'une solution d'acide chrysophanique dans du chloroforme au dixième, solution que l'on applique au pinceau sur les placards, que l'on laisse sécher et que l'on recouvre ensuite d'une couche de traumaticine (solution de gutta-percha dans le chloroforme à 1/10).

On peut également employer des emplâtres à l'acide chrysophanique.

Après quelques jours, tandis que les placards psoriasiques blanchissent, on voit la peau environnante rougir d'abord sur leurs bords; rapidement, cette rougeur s'étend, constituant l'érythème chrysophanique sur la rougeur diffuse duquel se détachent en blanc les taches psoriasiques. Il faut s'arrêter dès que l'érythème devient intense, se contenter d'onctions grasses. En somme, manié prudemment, par surfaces de dimensions restreintes, l'acide chrysophanique est le plus actif des antipsoriasiques. Eviter son emploi chez les jeunes enfants, surveiller de très près les peaux fines et irritables.

5° **Mercuriaux, Naphtol, Acide salicylique**. — Ces médicaments seront généralement associés aux précédents en proportions variables dans le cas de lésions trop étendues, ou d'intolérance médicamenteuse. L'association suivante, par exemple, donne parfois de bons résultats et peut être appliquée plus largement que l'acide pyrogallique ou l'acide chrysophanique :

Vaseline..........................	100 grammes
Acide pyrogallique............	ãã 2 grammes
Acide chrysophanique..........	
Ichthyol..........................	
Naphtol..........................	
Acide salicylique..............	

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Sa Méthode

Bien avant l'application à l'art dentaire du chloroforme ou du somnol, un dentiste annonçait qu'il pratiquait l'extraction des dents sans douleur.

Un client se présente et aussitôt le praticien se met en devoir d'opérer. Le client pousse un cri de douleur, et le dentiste retire son davier.

— Je croyais que vous opériez sans douleur ! gémit le patient.

— Sans doute, réplique le dentiste, et il n'y en a pas non plus par mon procédé. Celui que je viens de vous appliquer est celui de l'anglais CARTWRIGHT ; oui, c'est ainsi qu'il s'y prenait.

Sur ces mots, nouvel effort de l'opérateur, cris redoublés du patient.

— Ah ! maintenant, ceci est la manière du Français DUMERGE. Je comprends qu'elle ne vous plaise pas plus que l'autre.

Un troisième tour de poignet, hurlements répétés de la part de l'opéré.

— Ceci est le procédé de PARKINSON, aussi douloureux que les deux précédents, observe le dentiste.

Après ces trois violentes secousses, la dent, fortement ébranlée, ne tenait pour ainsi dire plus.

— Et voici, s'écrie d'un ton triomphant le charlatan en exhibant aux yeux de sa victime une molaire énorme, voici ma méthode à moi ! (*Journal médical de Bruxelles*).

MOTS DE LA FIN

MALENTENDU. — Le *Jugend*, de Munich, raconte l'aventure suivante :

Il y a quelque temps, la propriétaire d'un hôtel d'une station thermale bavaroise reçut d'Angleterre une lettre signée d'une certaine miss Brown qui lui annonçait l'intention de venir passer la saison chez elle. Miss Brown demandait, avant de se décider, quelques renseignements. Elle tenait à savoir, notamment, s'il y avait dans l'hôtel des W.-C. confortables.

— Des W.-C. ? se dit l'hôtelière, qu'est-ce que c'est que ça ? Après s'être longtemps creusé la tête, elle songea : les Anglais sont très dévots ; cette demoiselle est dévote et malade, elle veut savoir si nous avons une bonne église. Elle ouvrit un dictionnaire, y trouva les mots *Well* et *Church* et fut tout à fait rassurée. Elle prit sa plume et écrivit à miss Brown :

« Nous avons une W.-C. confortable, à peu de distance de l'hôtel. Mais quand y veut une bonne place, il faut la louer d'avance. Au reste, il n'y a guère de monde que le dimanche. »

Miss Brown n'est pas venue chez l'hôtelière.

(*Lyon Médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Nous adressons nos meilleures félicitations à M. le docteur DOIZY, de Flize (Ardennes), à qui viennent d'être conférées les palmes académiques. Ses anciens maîtres et ses cama-

rades apprendront avec satisfaction la distinction dont il est l'objet.

— Nous relevons parmi les récentes promotions dans le **Corps de santé militaire** les noms suivants qui intéressent notre région. Sont nommés médecins aide-majors de 1re classe, MM. les docteurs Dupuich, au 3e chasseurs à cheval à Abbeville ; Legendre, au 45e d'infanterie à Laon ; Massip, au 145e d'infanterie à Maubeuge.

Distinctions Honorifiques

Instruction publique. — Sont nommés : *Officier de l'Instruction publique* : M. le docteur Brohon, de Paris. *Officiers d'académie* : MM. les docteurs Lucas, Flammarion, Sourniac, Millien, Bloch, Quennec, Sabatié, de Paris ; Banhin, à Esbarres ; Doizy, à Flize (Ardennes).

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS

Académie de médecine. — M. le docteur Galippe est élu membre associé libre ; M. le docteur Neumann, correspondant national.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Cantel, des Mées (Basses-Alpes) ; Quarante, d'Auteuil (Seine) ; Lallour, médecin de 1re classe de la marine ; Macquart, de Braux (Ardennes) ; Devernoy, de Brioude (Haute-Loire) ; Mathieu et Peillon, de Lyon (Rhône) ; Pitiot, de la Demi-Lune (Rhône) ; Lemeré, de Conty (Somme) ; André père, de Péronne (Somme) ; Mascré, d'Herbécourt (Somme) ; Ballay, gouverneur général de l'Afrique occidentale ; Marchand, de Montils (Loir-et-Cher) ; Lasbats, de Lembeye (Basses-Pyrénées) ; Pressans, de Goblin (Basses-Pyrénées) ; Lesourd, médecin militaire maritime ; Piérou, de Chazay d'Azergues (Rhône) ; Klein, médecin en chef des salles militaires de l'hôpital de Nantes (Loire-Inférieure) ; Sostrat, de Mirambeau (Charente-Inférieure).

Ouvrages déposés au bureau du journal

— **Les maladies de l'abdomen et de l'orientation**, par le professeur J. Grasset, Paris, bibliothèque scientifique internationale, Alcan, 1901.

— **Le travail des glandes digestives**, du professeur Pawlow, traduction mise au courant des derniers travaux, par MM. les professeurs agrégés Pachon et Sabrazès, Paris, Masson, 1901.

— **La lutte contre la tuberculose pulmonaire au point de vue sociologique et le sanatorium Alice Fagniez, à Hyères (Var)**, par le docteur E. Vidal, (Hyères), communication au Congrès international de Londres, 1901.

— **Rapport au comite central de medecine du Nord**, par le docteur Oui, Lille, *Danel*, 1901.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

5e Semaine, du 26 Janvier au 1er Février 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	2
3 mois à un an	3	7
1 an à 2 ans	2	»
2 à 5 ans	3	1
5 à 10 ans	2	1
10 à 20 ans	»	1
20 à 40 ans	7	9
40 à 60 ans	12	6
60 à 80 ans	12	14
80 ans et au-dessus	1	4
Total	49	45

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	2
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	8	17
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	1	»	»	»	1	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	7	11	19
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	7	1	»	»	»	2	»	1	»	»	»	3	16	25
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	»	»	1	»	»	»	1	»	3	9	13
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	»	»	»	3	»	»	»	»	»	9	16	5
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	5	10	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	1	»	2	3	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	4	13
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	4	13	19
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	8
Total	»	»	»	1	1	2	»	6	18	8	2	»	»	12	»	1	»	1	»	42	94	127

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 266. Sixième Année. N° 7 Le Numéro : 10 centimes. 16 Février 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Grossesse extra-utérine. — Enfant mort. Laparotomie, marsupialisation du kyste fœtal. — Guérison (1)

Par MM. **V. Carlier** et **M. Oui**,
professeurs agrégés à l'Université de Lille

La femme X..., âgée de 38 ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur le 11 juillet 1901. Cette femme a eu cinq grossesses, dont deux gémellaires. Les quatre premières grossesses se sont terminées par des accouchements prématurés à sept mois. La cinquième (simple) datant aujourd'hui de quatorze ans, est seule parvenue au terme normal. Tous les enfants, sauf le dernier, actuellement vivant, sont morts quelques jours après leur naissance.

La malade raconte qu'elle est habituellement bien réglée. Du mois de décembre 1900 à la fin de janvier 1901, elle perdit du sang presque continuellement. De la fin de janvier jusqu'au 15 mars, il n'y eut pas le moindre écoulement sanguin. C'est à cette époque que la malade aurait eu des nausées et aurait senti « bouger dans son ventre ». A partir du 15 mars, pertes constituées par un liquide brunâtre ou café au lait, puis, au début de juin, cette femme ressent des douleurs qu'elle compare à celles de l'accouchement. A partir de ce moment, elle ne perçoit plus aucun mouvement fœtal et, au bout d'une quinzaine de jours, inquiète de cette situation, elle entre à l'hôpital.

Femme de petite taille, maigre, mais paraissant avoir une bonne santé. L'abdomen est développé comme il l'est habituellement au sixième mois de la grossesse. Lésions syphilitiques (plaques papulomuqueuses) au niveau de la vulve.

Par le palper, on constate, tout d'abord, la présence d'une tumeur développée, surtout du côté gauche de l'abdomen, mais empiétant quelque peu sur le côté droit. Cette tumeur présente en tous ses points une même consistance. Elle est faiblement élastique. Sa forme est plutôt cylindrique qu'ovoïde. Elle s'enfonce dans l'excavation pelvienne et son extrémité supérieure est à environ deux centimètres au-dessous de l'ombilic. Elle est absolument immobile.

Sur le bord droit et à la partie inférieure de cette seconde tumeur, le palper en fait percevoir une seconde, beaucoup plus petite que la première, à laquelle elle paraît intimement liée, piriforme et plus dure que sa voisine. Cette seconde tumeur est couchée obliquement vers la fosse iliaque droite.

Par le toucher, on sent, dans la partie supérieure de l'excavation, une tête fœtale, dont les sutures et les fontanelles sont nettement appréciables et qui n'est séparée du doigt que par des tissus peu épais Les os de la voûte du crâne jouent les uns sur les autres, sous la pression du doigt.

En avant de cette tête, très haut situé, collé derrière le pubis et difficilement accessible, on trouve le col ramolli et comme aplati d'avant en arrière.

L'examen bi-manuel permet de constater, en outre, un léger sillon entre la petite et la grosse tumeur et,

(1) Communication à la Société de Chirurgie de Paris.

de plus, d'apprécier des changements de consistance de la petite tumeur qui durcit de temps en temps.

Par l'auscultation, on constate, sur toute l'étendue accessible de la grosse tumeur, un souffle isochrone au pouls maternel. Cet ensemble de signes suffisait pour nous faire porter le diagnostic de grossesse extra-utérine avec enfant mort et une intervention fut décidée.

Le 26 juillet, les préparatifs étant faits pour l'opération, la malade est examinée de nouveau sous le chloroforme. Outre les signes déjà constatés, cet examen permet de percevoir avec une parfaite netteté les contractions intermittentes de la petite tumeur. Le cathétérisme nous montre que la cavité utérine mesure 12 centimètres. Il n'y a donc plus le moindre doute sur l'exactitude du diagnostic primitivement porté.

Laparotomie médiane. Après incision de la paroi abdominale, le kyste apparaît, de couleur foncée, libre d'adhérences dans sa partie supérieure, mais très adhérent au niveau de l'excavation. De gros vaisseaux sillonnent sa face antérieure. Accolé au kyste, auquel le relie un pédicule large et court, on sent et on voit très nettement l'utérus. La paroi du kyste est incisée largement ainsi qu'une portion du placenta inséré en avant. Il n'y a pas d'hémorrhagie notable. Le fœtus, saisi par les pieds, est rapidement extrait et le cordon est sectionné. Le kyste ne contient pas une goutte de liquide amniotique. La poche est alors marsupialisée par un surjet au catgut et bourrée de trois lanières de gaze iodoformée.

Le 7 août la gaze est enlevée ; on se contente de mettre dans la cavité une grosse mèche de gaze iodoformée. Nouveau pansement le 18 août. Le 19, éruption iodoformique. La gaze iodoformée est remplacée par de la gaze stérilisée.

Jusqu'alors, le placenta n'avait montré aucune tendance à s'éliminer. A partir du 22 août, il se fait, *sans fièvre*, une véritable putréfaction du placenta. Les pansements sont imbibés d'une sorte de purée fétide de couleur brun-rougeâtre. Des fragments de placenta viennent faire saillie dans la plaie. Saisis avec des pinces, ils se déchirent facilement et il n'est possible d'extraire que des morceaux insignifiants de tissu placentaire.

Le 27 août, la pince ramène un gros fragment de tissu placentaire. Un drain de caoutchouc est mis dans la poche. Le 29 août et le 2 septembre, deux gros morceaux de placenta sont encore extraits. L'exploration digitale ne permet plus de rien sentir.

Le 5 septembre, pus crémeux, sans odeur. Le drain est retiré. La malade sort, sur sa demande, le 26 septembre. Il persiste encore une petite plaie en voie de cautérisation.

Le fœtus, macéré, pesait 600 grammes.

On peut dire que, dans ce cas, tous les signes classiques de la grossesse extra-utérine avec enfant mort étaient réunis. Aussi n'hésitâmes-nous guère à porter ce diagnostic, tout en nous réservant, pour plus de sûreté, de le vérifier avant l'opération en pratiquant, sous le sommeil chloroformique, un nouvel examen et le cathétérisme utérin.

Quant à l'intervention, nous avons suivi la ligne de conduite que nous nous étions tracée et qui est celle que recommandent en ce cas MM. Pinard et Segond. Les adhérences intimes qui existaient entre le kyste fœtal et les parois de l'excavation pelvienne n'auraient d'ailleurs permis l'extraction qu'avec de grandes difficultés et nous aurions probablement été amenés à pratiquer l'hystérectomie.

Peut-être aurions-nous pu, dans ce cas, extraire immédiatement le placenta ? La guérison eût été plus rapidement obtenue ; elle ne l'eût pas été plus sûrement. Le décollement immédiat du placenta est, en effet, trop souvent accompagné d'une abondante et dangereuse hémorrhagie.

La marsupialisation du sac offre, au contraire, pour la malade une sécurité incomparable. Il nous a paru plus sage de la pratiquer et, du reste, l'élimination un peu longue de la masse placentaire n'a présenté, chez cette femme, aucun inconvénient autre que sa durée.

Consultations Médico-Chirurgicales

CHORÉE

Il ne s'agira que de la chorée vraie, gesticulatoire, de celle dont Sydenham a dit : « Il n'y a pas de chorée vraie après la puberté ». Les autres chorées : chorée arythmique hystérique, chorée de Huntington, etc., sont trop spéciales dans leur essence et dans leur traitement.

Informations cliniques. — *a*, Une fillette, de onze à douze ans, de souche neuro-arthritique, à la suite d'une très légère attaque de rhumatisme articulaire, ou bien après une grippe, une angine bénigne, une rougeole vite terminée, devient moins attentive en classe, prend un caractère capricieux et sombre : elle pleure pour un rien et boude sans motif. Un beau jour, ses parents la réprimandent parce qu'elle laisse tomber le verre qu'elle tient à la main ou qu'elle brise un objet fragile ; et peu après, une autre maladresse survient, avec apparition de grimaces, de contorsions, d'apparence burlesque. On peut dès lors diagnostiquer la *danse de Saint-Guy*. Graduellement, la petite malade se plaint de fatigue dans les membres ; les mouvements involontaires augmentent de fréquence, tout en prédominant toujours d'un côté : la déglutition, la parole sont gênées, la marche peut être embarrassée. Pendant le sommeil seulement, se suspendent les contractions musculaires désordonnées. L'anémie survient après quelques

semaines, parfois avec un souffle cardiaque, qui fait craindre une détermination mitrale. Et au bout d'un mois ou deux, tout rentre dans l'ordre. Parfois, l'instauration des règles coïncide avec la fin de l'attaque de chorée.

b) Un garçon du même âge, qui compte dans ses antécédents soit l'alcoolisme paternel, soit de l'hystérie maternelle, commence de même sa chorée ; cependant, chez lui, c'est une émotion vive qui est la cause déterminante, ou bien l'imitation. Et, en deux jours, la chorée a atteint son maximum ; d'heure en heure, pour ainsi dire, elle a grandi. Une toux spasmodique s'est installée, ne lui laissant ni trêve ni répit. L'enfant ne peut plus rien tenir sans l'abandonner : on est forcé de lui donner à manger ; il se mord la langue à tout instant. Comme les jambes fléchissent sans cesse, il a fallu le mettre au lit ; et, au lit, les talons, les coudes s'excorient sous l'influence des frottements incessants. Puis l'état mental baisse visiblement ; du délire hallucinatoire surgit, par inanition le plus souvent. Un pas de plus, ce sera l'*état de mal choréique*, avec fièvre et complications diverses : parmi celles-ci, les paralysies sont à craindre et leur apparition carctérisera la *chorée molle*. La durée de cette chorée à forme grave sera longue ; le pronostic en est sombre et la mort est à craindre.

Indications pathogéniques. — La cause déterminante de la chorée de Sydenham, que ce soit le traumatisme, une impression morale, une excitation cérébrale immodérée, l'infection enfin sous telle ou telle forme, cette cause initiale n'a joué qu'un rôle transitoire, dont il n'y a plus lieu de se préoccuper. Elle a disparu, laissant après elle la maladie, qu'elle a fait éclore.

Mais la chorée, sans conteste, n'a pu naître qu'à la faveur d'une prédisposition. C'est l'hérédité neuro-arthritique qu'on doit incriminer. On n'ignore pas que cette hérédité se traduit par des troubles divers, ressortissant à la dégénérescence, survenant aux époques importantes de l'évolution. Aussi, faut-il considérer la chorée comme une névrose cérébro-spinale d'évolution (Joffroy).

Le but du traitement de la chorée sera donc de rendre moins longue et moins mouvementée la phase de croissance où se trouve le sujet. Aussi, changer, aussi rapidement et profondément que faire se pourra, les conditions du terrain, tel sera le premier objectif du médecin. En même temps, en calmant l'excitation du système nerveux central, en relevant l'état général d'un enfant guetté par l'anémie, en lui assurant une alimentation suffisante et convenable, en luttant contre les autres séquelles de la maladie primitive qui est au seuil de la chorée infectieuse, on aura rempli toutes les indications fondamentales et celles qui surgissent nouvelles dans chaque cas.

Traitement. — I. — Chorée d'intensité moyenne. — De beaucoup la plus fréquente, cette forme évolue spontanément vers la guérison. Aussi, comme toute maladie à évolution cyclique, nombre de traitements ont-ils réussi contre elle, et l' « on a toujours attribué à la médication employée, la guérison que l'on observait » (Dujardin-Beaumetz). Il est constant néanmoins que la durée de l'affection peut être influencée : La conduite à tenir et les moyens à employer dans ce but varient avec les cas, car « un remède qui guérirait tous les sujets atteints de chorée est une chimère » (Bouteille).

A. — *Cas de l'enfant arthritique ou rhumatisant.* — 1° Lorsqu'il s'agit d'un enfant de souche arthritique ou d'antécédents rhumatismaux, le traitement médicamenteux doit primer l'hygiène générale et alimentaire, que la sédation nerveuse soit seule recherchée ou que l'action tonique, excitatrice de toutes les réserves de l'organisme, soit préférée.

1° ***Moyens médicamenteux***. — a) La chorée n'étant que rarement rhumatismale, au vrai sens du mot, **le salicylate de soude**, qui ne fournit, du reste, que de médiocres résultats, ne sera même pas essayé ; on n'y aura recours que pour les cas authentiques de rhumatisme articulaire fébrile accompagnant la chorée.

Mais on emploiera l'**antipyrine**, qui, avec l'**arsenic**, constituent les deux médicaments héroïques de la maladie.

b) Lorsque la sédation nerveuse est seule indiquée, parce que la santé générale n'a pas trop souffert et que la résistance vitale apparaît sérieuse, le choix doit se porter sur l'antipyrine. Ordonnez d'**antipyrine**, dès le début du traitement, un gramme et demi en trois cachets, et augmentez rapidement la dose jusqu'à atteindre une moyenne de quatre grammes par jour. Si, au bout du premier septénaire, il ne survient point d'amélioration, on est en droit d'aller jusqu'à 5 et 6 grammes, en tenant toutefois compte de l'âge et de la susceptibilité du sujet. La tolérance des enfants à l'égard de l'antipyrine est fort grande ; néanmoins **les doses de 7 à 8 grammes ne sont plus tolérées** (Leroux).

Si, au bout d'une vingtaine de jours, l'état est stationnaire, il faudra suspendre le médicament, qui ne donnera rien de plus. **La surveillance doit être attentive des choréiques soumis à l'antipyrine**, en ce qui concerne les troubles digestifs, les éruptions qu'elle peut occasionner, et son action sur le rein qu'elle ferme parfois.

Dans plus de la moitié des cas, l'antipyrine aura diminué l'intensité des mouvements choréiques.

c) Si, malgré des mouvements choréiques médiocrement intenses, le teint chlorotique du malade, l'imminence d'une période de croissance attirent et retiennent votre attention, adressez-vous plutôt à l'**arsenic**. Les propriétés excitantes de l'appétit, rénovatrices de la formation globulaire, modératrices du système nerveux, des arsenicaux, rendent compte des résultats merveilleux qu'on leur doit dans la chorée.

Comme COMBY, donnez à l'enfant, le premier jour du traitement, dix grammes de **liqueur de Boudin,** dans un julep simple de 120 grammes, à prendre par cuillerées à soupe de deux en deux heures. La liqueur de Boudin est une solution aqueuse au millième ; le malade a donc pris ainsi un centigramme d'acide arsénieux. Le lendemain, il prendra 15 grammes de liqueur de Boudin, le surlendemain 20 grammes, puis 25, 30 et 35 grammes, cette dose étant atteinte le sixième jour. Redescendez alors à 30, 25, 20, 15 et 10 grammes et, en onze jours, l'enfant aura ainsi absorbé 235 grammes de liqueur de Boudin, soit vingt-cinq centigrammes environ d'acide arsénieux.

Il n'est pas souvent nécessaire d'attendre plus de huit à dix jours pour constater une amélioration très notable, et même la guérison. Chose indispensable, **l'enfant sera au régime lacté aussi longtemps qu'il suivra ce traitement arsenical.** Au cas où il surviendrait de l'embarras gastrique, de la diarrhée, des vomissements, on en serait quitte pour suspendre un jour ou deux l'emploi du médicament.

L'emploi de la **liqueur de Fowler** n'est ni moins efficace ni moins commode. Arrivez à une quinzaine de gouttes pro die, en débutant par six gouttes, augmentant de deux gouttes par jour et fractionnant les doses en trois prises dans un peu d'eau.

Si les préférences vont à l'**arséniate de soude**, c'est à la solution suivante :

Arséniate de soude...........	5 centigrammes
Eau distillée................	250 grammes

Une cuillerée à café contient un milligramme d'arseniate de soude.

qu'il faut s'adresser : donner d'abord cinq cuillerées à café par jour, et augmenter progressivement jusqu'à vingt milligrammes d'arséniate.

Le **cacodylate de soude** est assez mal toléré par voie gastrique. Mais la méthode hypodermique permet d'étendre beaucoup son usage. L'injection quotidienne de cinq centigrammes est à conseiller chez les enfants, dont le tube digestif est réfractaire à l'ingestion de l'arsenic.

d) Subsidiairement, au cas d'insomnie ou de retard dans la venue du sommeil, des **pulvérisations d'éther** le long du rachis, faites le soir pendant un temps très court, sont chose utile ; en même temps que la **paraldéhyde**, suivant la formule :

Paraldéhyde..............	2 grammes.
Eau de menthe...........	10 »
Eau sucrée...............	50 »

qui est un hypnotique excellent dans ce cas.

2° ***Moyens hygiéniques.*** — L'hygiène générale, tant physique que psychique et morale du choréique, doit être l'objet d'une surveillance sans défaillance. Il convient en effet d'opposer au système nerveux déréglé les moyens physiques qui ramèneront le rythme musculaire normal, la réaction vaso-motrice pondérée, l'idéation sans sursauts.

L'enveloppement dans un **drap mouillé** constitue un moyen des plus efficaces pour le but à atteindre ; dans de l'eau à 12 ou 15 degrés, on plonge un drap qu'on essuie et étend sur un lit couvert d'une toile cirée. L'enfant y est roulé et frotté énergiquement pendant quelques minutes ; puis on enveloppe le tout d'une grande couverture de laine, et, après une demi-heure de séjour, on en sort le malade. A renouveler deux ou trois fois par jour cet enveloppement, on renforce l'action des moyens médicamenteux et l'on calme avec rapidité les mouvements désordonnés du choréique.

Il faut préférer ces enveloppements à la douche froide, qui est un peu trop énergique. Moins actives que les enveloppements sont aussi les **lotions froides** à l'éponge suivies de friction sèche, qui ne sont cependant pas à dédaigner.

Si vous prescrivez des **bains chauds**, simples ou sulfureux, crainte d'un rhumatisme hypothétique, par acquiescement aux désirs de l'entourage, pour ménager la susceptibilité de l'enfant au contact de l'eau froide, ne soyez pas étonné de ne pas en retirer de bienfaits ; **l'eau chaude n'a pas les mêmes effets que l'eau froide sur le système nerveux**, votre timidité vous aura fait manquer le but visé.

La **gymnastique,** sous forme de mouvements rythmés ou de gymnastique suédoise, présente les plus grands avantages ; mais, **faites des séances très courtes,** car l'attention ne peut être fixée au-delà de quelques minutes ; en exerçant concomitamment le larynx par le chant, en faisant marcher au pas, en cadence, on discipline les masses musculaires pour le plus grand bien du système nerveux.

On ne doit pas perdre de vue que le **repos physique et intellectuel** est aussi une condition majeure d'une amélioration rapide. Sans aller jusqu'au séjour permanent au lit, préconisé par certains, il faut au moins modérer l'exercice, supprimer l'école, isoler l'enfant de camarades trop bruyants, bref lui assurer une vie calme dès le jour où la chorée est née.

Le **séjour à la campagne** est excellent : on y enverra sans retard le choréique, si on en a la possibilité.

Une **saison thermale** (à Bourbon ou Nérès, etc.) lors de la convalescence couronnera au mieux le traitement de la période d'état.

3° ***Alimentation.*** — On conçoit toute l'importance du rôle reconstituant de l'alimentation. On veillera donc soigneusement à ce qu'elle soit abondante et saine, que les repas se fassent à intervalles réguliers, que les digestions soient complètes, les évacuations quotidiennes. **Toute faute contre l'hygiène alimentaire a son retentissement sur les mouvements choréiques, les ramenant ou en prolongeant la durée.**

B *CAS DE L'ENFANT NERVEUX OU DÉGÉNÉRÉ.* — Lorsqu'il s'agit d'un enfant très nerveux antérieurement,

présentant quelques stigmates de dégénérescence, à hérédité chargée du côté mental, d'urgence on doit diminuer les réactions motrices exagérées. Mais, c'est surtout à prévoir des complications, des aggravations menaçantes, que l'on doit exercer sa sagacité : le traitement en sera changé d'autant.

Bien que les moyens proposés ci-dessus conviennent à tous les choréiques, c'est vers les antispasmodiques et les hypnotiques que vous tournerez alors votre choix.

DUJARDIN-BEAUMETZ recommandait, et nous recommandons avec lui, de renforcer l'action de l'antipyrine en la mariant aux hypnotiques, et nommément au **chloral**. Il donnait ce dernier dans du lait additionné d'un jaune d'œuf. Trois grammes nous paraissent suffisants pour une journée.

Le **bromure de potassium** a une action sédative du même genre, à des doses égales à celles du chloral. On évitera les accidents cutanés du bromisme, par les soins de propreté de la peau, en particulier par les grands bains. Mais ici, plus que précédemment, l'hygiène physique, psychique, morale gardera sa priorité d'application.

II. — CHORÉE INTENSE : FORME SÉVÈRE. — En face de l'agitation incessante qui caractérise cette forme, des complications qui l'accompagnent presque fatalement, il n'est pas d'hésitation possible ; la fièvre, le délire, l'état de mal choréique commandent une intervention immédiate, active; il faut coûte que coûte calmer.

L'antipyrine, l'arsenic, le bromure, même en dépassant les doses habituelles, risquent d'être insuffisants et d'action tardive. Le **chloral** sera plus brutalement calmant, l'**opium** aussi, mais il n'y aura qu'à redoubler de surveillance pour éviter les accidents ; au moins, on ne sera pas trompé avec eux.

Le but est de calmer, d'endormir le système nerveux, tout en permettant l'alimentation réparatrice. Pour cela, le **chloral** sera administré selon la méthode de JOFFROY. D'une solution concentrée d'hydrate de chloral pur, on mélange à de la gelée de groseilles épaisse quantité suffisante pour avoir un gramme de chloral par cuillerée à bouche de confiture. On donne dans les vingt-quatre heures quatre de ces cuillerées, après les repas, aux enfants au-dessus de dix ans ; un quart d'heure après chaque prise, les petits malades dorment ; on les tient ainsi endormis douze et dix-huit heures par jour, en plusieurs fois. Avant dix ans, la moitié de la dose, soit deux grammes d'hydrate de chloral, peut suffire. Si le cœur vient à faiblir, l'emploi du chloral doit être suspendu ; le but sera alors poursuivi avec l'opium.

Avec l'**opium**, dangereux lui aussi, mais en raison de l'accumulation, il faut aussi atteindre et entretenir la somnolence. On prescrira :

Extrait d'opium Extrait de belladone	ãã vingt centigrammes
Thridace	30 grammes
Poudre de guimauve	Q. S.

pour 20 pilules. Une toutes les deux heures.

Il serait plus commode de donner la morphine, mais **la morphine ne doit constituer qu'un médicament d'occasion** chez les sujets de 10 à 15 ans ; la dose de deux à cinq milligrammes par piqûre est suffisante.

Les moyens médicamenteux ne sont pas tout le traitement. C'est chez ces sujets, très agités, qu'il faut empêcher les traumatismes, les escharres, les excoriations, à l'aide du **l t matelassé** ou de l'**emmaillotement** ; en tenant le lit propre de toute souillure, en effaçant les plis des draps, en doublant de ouate les coudes, les talons, on évitera la plupart de ces traumas cutanés ; mais, quoi qu'on fasse, des excoriations surviendront, et alors, on veillera à ce que les écorchures ne s'infectent pas.

Les actes primordiaux de la digestion, mâcher et déglutir correctement, sont fort troublés ; on palliera à ces inconvénients en donnant d'épaisses **panades**, des **purées** additionnées de jus de viande, de lait, d'œufs, de bouillon, de peptones, de plasmon, etc.

Le traitement de la chorée grave par l'émétique, suivant la méthode de GILLETTE, **est un procédé éminemment dangereux** (DUJARDIN-BEAUMETZ), auquel il ne faut songer que pour le rejeter. Il ne faut pas s'arrêter davantage au massage fort vanté en Angleterre et en Amérique, des groupes musculaires les plus atteints.

III. CHORÉE MOLLE. — Cette forme paralytique n'a plus les mêmes indications que les précédentes. Il ne s'agit plus de calmer ; il y a paralysie, et ces paralysies peuvent se multiplier. Il faut au contraire relever le tonus musculaire qui baisse, soutenir les centres nerveux qui fléchissent, surmenés et affaiblis.

Si on les avait employés dans la période préparatoire à l'apparition des paralysies, **bromure, chloral, opium, etc. seront rejetés sans délai ;** changeant brusquement d'objectif, vous insisterez, au contraire, sur l'**arsenic**, sous l'une des formes qui ont été indiquées, sur l'**hydrothérapie** (bains, drap mouillé). Ce double stimulant, nutritif et nerveux périphérique, devra se renforcer de la **strychnine**, dont l'action nerveuse centrale sera de la plus grande utilité. Sans imiter TROUSSEAU qui la continuait jusqu'à raideur de la nuque, on doit cependant dépasser les doses minimes et atteindre six et dix milligrammes et les continuer durant quelques jours.

Voici une formule commode à employer chez les enfants :

Sulfate de strychnine......	5 centigrammes
Sirop de sucre..............	100 grammes

Une cuillerée à dessert contient cinq milligrammes de principe actif.

On ne dépassera pas deux de ces cuillerées au maximum.

Les **courants faradiques** constitueraient, s'il paraissait expédient de se servir de l'électrisation, la forme à choisir ; mais le succès ne répondrait pas plus vite à l'attente du malade qu'avec les autres moyens médicamenteux.

P[r] F. Combemale et D[r] Ingelrans.

Loi relative à la protection de la santé publique en France

Le Sénat vient d'adopter le projet de loi sur la santé publique, voté récemment par la Chambre. En voici le texte définitif :

TITRE PREMIER
DES MESURES SANITAIRES GÉNÉRALES

CHAPITRE PREMIER

Mesures sanitaires générales

Article premier. — Dans toute commune, le maire est tenu, afin de protéger la santé publique, de déterminer, après avis du Conseil municipal et sous forme d'arrêtés municipaux portant règlement sanitaire :

1° Les précautions à prendre, en exécution de l'article 97 de la loi du 5 avril 1884, pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles, visées à l'article 4 de la présente loi, spécialement les mesures de désinfection ou même de destruction des objets à l'usage des malades ou qui ont été souillés par eux, et généralement des objets quelconques pouvant servir de véhicule à la contagion ;

2° Les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances, des voies privées, closes ou non à leurs extrémités, des logements loués en garni et des autres agglomérations quelle qu'en soit la nature, notamment les prescriptions relatives à l'alimentation en eau potable ou à l'évacuation des matières usées.

Art. 2. — Les règlements sanitaires communaux ne font pas obstacle aux droits conférés au préfet par l'article 99 de la loi du 5 avril 1884.

Ils sont approuvés par le préfet, après avis du Conseil départemental d'hygiène. Si, dans le délai d'un an à partir de la promulgation de la présente loi, une commune n'a pas de règlement sanitaire, il lui en sera imposé un d'office par un arrêté du préfet, le Conseil départemental d'hygiène entendu.

Dans le cas où plusieurs communes auraient fait connaître leur volonté de s'associer, conformément à la loi du 22 mars 1890, pour l'exécution des mesures sanitaires, elles pourront adopter les mêmes règlements qui leur seront rendus applicables suivant les formes prévues par ladite loi.

Art. 3. — En cas d'urgence, c'est-à-dire en cas d'épidémie ou d'un autre danger imminent pour la santé publique, le préfet peut ordonner l'exécution immédiate, tous droits réservés, des mesures prescrites par les règlements sanitaires prévus à l'article 1[er]. L'urgence doit être constatée par un arrêté du maire et, à son défaut, par un arrêté du préfet, que cet arrêté spécial s'applique à une ou plusieurs personnes ou qu'il s'applique à tous les habitants de la commune.

Art. 4. — La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la présente loi sera dressée, dans les six mois qui en suivront la promulgation, par un décret du président de la République, rendu sur le rapport du ministre de l'Intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Elle pourra être revisée dans la même forme.

Art. 5. — La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées à l'article 4 est obligatoire pour tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence. Un arrêté du ministre de l'Intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, fixe le mode de la déclaration.

Art. 6. — La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingt et unième année.

Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure.

Un règlement d'administration publique, rendu après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, fixera les mesures nécessitées par l'application du présent article.

Art. 7. — La désinfection est obligatoire pour tous les cas de maladies prévues à l'article 4 ; les procédés de désinfection devront être approuvés par le ministre de l'Intérieur, après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Les mesures de désinfection sont mises à exécution, dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus, par les soins de l'autorité municipale, suivant des arrêtés du maire approuvés par le préfet et, dans les communes de moins de 20.000 habitants, par les soins d'un service départemental.

Les dispositions de la loi du 21 juillet 1856 et des décrets et arrêtés ultérieurs, pris conformément aux dispositions de ladite loi, sont applicables aux appareils de désinfection.

Un règlement d'administration publique, rendu après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France, déterminera les conditions que ces appareils doivent remplir au point de vue de l'efficacité des opérations à y effectuer.

Art. 8.— Lorsqu'une épidémie menace tout ou partie du territoire de la République ou s'y développe, et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, un décret du président de la République détermine, après avis

du Comité consultatif d'hygiène de France, les mesures propres à empêcher la propagation de cette épidémie.

Il règle les attributions, la composition et le ressort des autorités et administrations chargées de l'exécution de ces mesures, et leur délègue, pour un temps déterminé, le pouvoir de les exécuter. Les frais d'exécution de ces mesures, en personnel et en matériel, sont à la charge de l'Etat.

Les décrets et actes administratifs qui prescrivent l'application de ces mesures sont exécutoires dans les vingt-quatre heures, à partir de leur publication au *Journal officiel*.

Art. 9. — Lorsque, pendant trois années consécutives, le nombre des décès dans une commune a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne de la France, le préfet est tenu de charger le Conseil départemental d'hygiène de procéder, soit par lui même, soit par la commission sanitaire de circonscription, à une enquête sur les conditions sanitaires de la commune.

Si cette enquête établit que l'état sanitaire de la commune nécessite des travaux d'assainissement, notamment qu'elle n'est pas pourvue d'eau potable de bonne qualité ou en quantité suffisante, ou bien que les eaux usées y restent stagnantes, le préfet, après une mise en demeure à la commune non suivie d'effet, invite le Conseil départemental d'hygiène à délibérer sur l'utilité et la nature des travaux jugés nécessaires. Le maire est mis en demeure de présenter ses observations devant le Conseil départemental d'hygiène.

En cas d'avis du Conseil départemental d'hygiène contraire à l'exécution des travaux ou de réclamation de la part de la commune, le préfet transmet la délibération du Conseil au ministre de l'Intérieur, qui, s'il le juge à propos, soumet la question au Comité consultatif d'hygiène publique de France. Celui-ci procède à une enquête dont les résultats sont affichés dans la commune.

Sur les avis du Conseil départemental d'hygiène et du Comité consultatif d'hygiène publique, le préfet met la commune en demeure de dresser le projet et de procéder aux travaux.

Si, dans le mois qui suit cette mise en demeure, le Conseil municipal ne s'est pas engagé à y déférer, ou si dans les trois mois il n'a pris aucune mesure en vue de l'exécution des travaux, un décret du président de la République, rendu en Conseil d'Etat, ordonne ces travaux dont il détermine les conditions d'exécution. La dépense ne pourra être mise à la charge de la commune que par une loi.

Le Conseil général statue, dans les conditions prévues par l'article 46 de la loi du 10 août 1871, sur la participation du département aux dépenses des travaux ci-dessus spécifiés.

Art. 10. — Le décret déclarant d'utilité publique le captage d'une source pour le service d'une commune déterminera, s'il y a lieu, en même temps que les terrains à acquérir en pleine propriété, un périmètre de protection contre la pollution de ladite source. Il est interdit d'épandre sur les terrains compris dans ce périmètre des engrais humains et d'y forer des puits sans l'autorisation du préfet. L'indemnité qui pourra être due au propriétaire de ces terrains sera déterminée suivant les formes de la loi du 3 mai 1841 sur l'expropriation pour cause d'utilité publique.

Ces dispositions sont applicables aux puits ou galeries fournissant de l'eau potable empruntée à une nappe souterraine.

Le droit à l'usage d'une source d'eau potable implique, pour la commune qui la possède, le droit de curer cette source, de la couvrir et de la garantir contre toutes les causes de pollution, mais non celui d'en dévier le cours par des tuyaux ou rigoles. Un règlement d'administration publique déterminera, s'il y a lieu, les conditions dans lesquelles le droit à l'usage pourra s'exercer.

L'acquisition de tout ou partie d'une source d'eau potable par la commune dans laquelle elle est située peut être déclarée d'utilité publique par arrêté préfectoral quand le débit à acquérir ne dépasse pase pas 2 litres par seconde. Cet arrêté est pris sur la demande du Conseil municipal et l'avis du Conseil d'hygiène du département. Il doit être précédé de l'enquête prévue par l'ordonnance de 22 août 1835. L'indemnité d'expropriation est réglée dans les formes prescrites par l'article 16 de la loi du 21 mai 1836.

CHAPITRE II

Mesures sanitaires relatives aux immeubles.

Art. 11. — Dans les agglomérations de 20 000 habitants et au-dessus, aucune habitation ne peut être construite sans un permis du maire constatant que, dans le projet qui lui a été soumis, les conditions de salubrité prescrites par le règlement sanitaire prévu à l'article 1er sont observées.

A défaut par le maire de statuer dans le délai de vingt jours, à partir du dépôt à la mairie de la demande de construire dont il sera délivré récépissé, le propriétaire pourra se considérer comme autorisé à commencer les travaux.

L'autorisation de construire peut être donnée par le préfet en cas de refus du maire.

Si l'autorisation n'a pas été demandée ou si les prescriptions du règlement sanitaire n'ont pas été observées, il est dressé procès-verbal. En cas d'inexécution de ces prescriptions, il est procédé conformément aux dispositions de l'article suivant.

Art. 12. — Lorsqu'un immeuble bâti ou non, attenant ou non à la voie publique, est dangereux pour la santé des occupants ou des voisins, le maire, ou à son défaut le préfet, invite la Commission sanitaire prévue par l'article 20 de la présente loi à donner son avis :

1° Sur l'utilité et la nature des travaux ;

2° Sur l'interdiction d'habitation de tout ou partie de l'immeuble jusqu'à ce que les conditions d'insalubrité aient disparu.

Le rapport du maire est déposé au secrétariat de la mairie à la disposition des intéressés.

Les propriétaires, usufruitiers ou usagers sont avisés, au moins quinze jours d'avance, à la diligence du maire et par lettre recommandée, de la réunion de la commission sanitaire et ils produisent dans ce délai leurs observations.

Ils doivent, s'ils en font la demande, être entendus par la commission, en personne ou par mandataire, et ils sont appelés aux visites et constatations de lieux.

En cas d'avis contraire aux propositions du maire, cet avis est transmis au préfet qui saisit, s'il y a lieu, le Conseil départemental d'hygiène.

Le préfet avise les intéressés quinze jours au moins d'avance, par lettre recommandée, de la réunion du Conseil départemental d'hygiène et les invite à produire leurs observations dans ce délai. Ils peuvent prendre communication de l'avis de la commission sanitaire déposé à la préfecture et se présenter, en personne, ou par mandataire, devant le Conseil ; ils sont appelés aux visites et constatations de lieux.

L'avis de la commission sanitaire ou celui du Conseil d'hygiène fixe le délai dans lequel les travaux doivent être exécutés ou dans lequel l'immeuble cessera d'être habité en totalité ou en partie. Ce délai ne commence à courir qu'à partir de l'expiration du délai de recours ouvert aux intéressés par l'article 13 ci-après ou de la notification de la décision définitive intervenue sur le recours.

Dans le cas où l'avis de la commission n'a pas été contesté par le maire, ou, s'il a été contesté, après notification par le préfet de l'avis du Conseil départemental d'hygiène, le maire prend un arrêté ordonnant les travaux nécessaires ou portant interdiction d'habiter, et il met le propriétaire en demeure de s'y conformer dans le délai fixé.

L'arrêté portant interdiction d'habiter devra être revêtu de l'approbation du préfet.

ART. 13. — Un recours est ouvert aux intéressés contre l'arrêté du maire devant le Conseil de préfecture dans le délai d'un mois à dater de la notification de l'arrêté. Ce recours est suspensif.

ART. 14. — A défaut de recours contre l'arrêté du maire ou si l'arrêté a été maintenu, les intéressés qui n'ont pas exécuté, dans le délai imparti, les travaux jugés nécessaires, sont traduits devant le tribunal de simple police, qui autorise le maire à faire exécuter les travaux d'office, à leurs frais, sans préjudice de l'application de l'article 471, paragraphe 15 du Code pénal.

En cas d'interdiction d'habitation, s'il n'y a pas été fait droit, les intéressés sont passibles d'une amende de 16 francs à 500 francs, et traduits devant le tribunal correctionnel qui autorise le maire à faire expulser, à leurs frais, les occupants de l'immeuble.

ART. 15. — La dépense résultant de l'exécution des travaux est garanti par un privilège sur les revenus de l'immeuble, qui prend rang après les privilèges énoncés aux articles 2101 et 2102 du Code civil.

ART. 16.— Toutes ouvertures pratiquées pour l'exécution des mesures d'assainissement prescrites en vertu de la présente loi sont exemptes de la contribution des portes et fenêtres pendant cinq années consécutives à partir de l'achèvement des travaux.

ART. 17. — Lorsque, par suite de l'exécution de la présente loi, il y aura lieu à la résiliation des baux, cette résiliation n'emportera, en faveur des locataires, aucuns dommages et intérêts.

ART. 18. — Lorsque l'insalubrité est le résultat de causes extérieures et permanentes, ou lorsque les causes d'insalubrité ne peuvent être détruites que par des travaux d'ensemble, la commune peut acquérir, suivant les formes et après l'accomplissement des formalités prescrites par la loi du 3 mai 1841, la totalité des propriétés comprises dans le périmètre des travaux.

Les portions de ces propriétés qui, après assainissement opéré, resteraient en dehors des alignements arrêtés pour les nouvelles constructions, pourront être revendues aux enchères publiques, sans que les anciens propriétaires ou leurs ayants-droit puissent demander l'application des articles 60 et 62 de la loi du 3 mai 1841, si les parties restantes ne sont pas d'une étendue ou d'une forme qui permette d'y élever des constructions salubres.

TITRE II

DE L'ADMINISTRATION SANITAIRE

ART. 19. — Si le préfet, pour assurer l'exécution de la présente loi, estime qu'il y a lieu d'organiser un service de contrôle et d'inspection, il ne peut y être procédé qu'en suite d'une délibération du Conseil général réglementant les détails et le budget du service.

Dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus, et dans les communes d'au moins 2.000 habitants qui sont le siège d'un établissement thermal, il sera institué, sous le nom de bureau d'hygiène, un service municipal chargé, sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions de la présente loi.

ART. 20. — Dans chaque département, le Conseil général, après avis du Conseil d'hygiène départemental, délibère, dans les conditions prévues par l'article 48, paragraphe 5, de la loi du 10 août 1871, sur l'organisation du service de l'hygiène publique dans le département, notamment sur la division du département en circonscriptions sanitaires et

pourvues chacune d'une commission sanitaire ; sur la composition, le mode de fonctionnement, la publication des travaux et les dépenses du Conseil départemental et des commissions sanitaires.

A défaut par le Conseil général de statuer, il y sera pourvu par un décret en forme de règlement d'administration publique.

Le Conseil d'hygiène départemental se composera de dix membres au moins et de quinze au plus. Il comprendra nécessairement deux conseillers généraux, élus par leurs collègues, trois médecins, dont un de l'armée de terre ou de mer, un pharmacien, l'ingénieur en chef, un architecte et un vétérinaire.

Le préfet présidera le Conseil, qui nommera dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations du Conseil.

Chaque commission sanitaire de circonscription sera composée de cinq membres au moins et de sept membres au plus, pris dans la circonscription. Elle comprendra nécessairement un conseiller général, élu par ses collègues, un médecin, un architecte ou tout autre homme de l'art, et un vétérinaire.

Le sous préfet présidera la commission qui nommera dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations de la commission.

Les membres des Conseils d'hygiène et ceux des commissions sanitaires, à l'exception des conseillers généraux qui sont élus par leurs collègues, sont nommés par le préfet pour quatre ans et renouvelés par moitié tous les deux ans ; les membres sortants peuvent être renommés.

Les Conseils départementaux d'hygiène et les commissions sanitaires ne peuvent donner leur avis sur les objets qui leur sont soumis en vertu de la présente loi que si les deux tiers au moins de leurs membres sont présents. Ils peuvent recourir à toutes mesures d'instruction qu'ils jugent convenables.

Art. 21. — Les Conseils d'hygiène départementaux et les commissions sanitaires doivent être consultés sur les objets énumérés à l'article 9 du décret du 18 décembre 1848, sur l'alimentation en eau potable des agglomérations, sur la statistique démographique et la géographie médicale, sur les règlements sanitaires communaux et généralement sur toutes les questions intéressant la santé publique, dans les limites de leurs circonscriptions respectives.

Art. 22. — Le préfet de la Seine a, dans ses attributions à Paris, tout ce qui concerne la salubrité des habitations et de leurs dépendances, sauf celle des logements loués en garni, la salubrité des voies privées closes ou non à leurs extrémités, le captage et la distribution des eaux, le service de désinfection, de vaccination et du transport des malades.

Pour la désinfection et le transport des malades, il donnera suite, le cas échéant, aux demandes qui lui seraient adressées par le préfet de police.

Il nomme une commission des logements insalubres composée de trente membres dont quinze sur la désignation du Conseil municipal de Paris. Par mesure transitoire, à chaque renouvellement par tiers de la commission qui fonctionne actuellement, le préfet nomme dix membres, dont cinq à la désignation du Conseil municipal.

Art 23. — Le préfet de police a dans ses attributions : les précautions à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles visées par l'article 4 de la loi, spécialement la réception des déclarations, les contraventions relatives à l'obligation de la vaccination et de la revaccination, la surveillance au point de vue sanitaire des logements loués en garnis.

Il continuera à assurer la protection des enfants du premier âge, la police sanitaire des animaux, la police de la médecine et de la pharmacie, l'application des lois et règlements concernant la vente et la mise en vente de denrées alimentaires falsifiées ou corrompues, le fonctionnement du laboratoire municipal de chimie, la réglementation des établissements classés comme dangereux, insalubres ou incommodes, tant à Paris que dans les commune du ressort de la préfecture de police.

Le préfet de police sera assisté par le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine dont la composition actuelle est maintenue, savoir :

Le préfet de police, président;

Un vice-président et un secrétaire, nommés annuellement par le préfet de police sur la présentation du Conseil d'hygiène ;

Vingt-quatre membres titulaires nommés par le ministre de l'intérieur sur la proposition du préfet de police et la présentation du Conseil d'hygiène ;

Trois membres du Conseil général de la Seine élus par leurs collègues ;

Quinze membres à raison de leurs fonctions : le doyen de la Faculté de médecine, le professeur d'hygiène de la Faculté de médecine, le professeur de médecine légale de la Faculté de médecine, le directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris, le président du comité technique de santé des armées, le directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, l'ingénieur en chef du service des eaux et de l'assainissement, l'inspecteur général de l'assainissement de l'habitation, le secrétaire général de la préfecture de police, l'ingénieur en chef des mines chargé du service des appareils à vapeur de le Seine, l'ingénieur en chef des ponts et chaussées chargé du service ordinaire du département, le chef de la deuxième division de la préfecture de police, l'architecte en chef de la préfecture de police, le chef du service sanitaire vétérinaire de

la Seine et le chef du bureau de l'hygiène à la préfecture de police.

Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine remplira les attributions données au Conseil départemental d'hygiène par la présente loi dans l'étendue du ressort de la préfecture de police.

Les Commissions d'hygiène instituées à Paris et dans le ressort de la préfecture de police continueront à exercer leurs fonctions sous l'autorité du préfet de police, dans les conditions indiquées par les décrets des 16 décembre 1851, 7 juillet 1880 et 26 décembre 1893, et elles auront les attributions données aux commissions sanitaires de circonscription par la présente loi.

Le préfet de police continuera à appliquer dans les communes ressortissant à sa juridiction les attributions de police sanitaire dont il est actuellement investi.

Art. 24. — Dans les communes du département de la Seine, autres que Paris, le maire exerce les attributions sanitaires sous l'autorité, soit du préfet de la Seine, soit du préfet de police, suivant les distinctions faites dans les deux articles précédents.

Art. 25. — Le Comité consultatif d'hygiène publique de France délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie, les conditions d'exploitation ou de vente des eaux minérales, sur lesquelles il est consulté par le gouvernement.

Il est nécessairement consulté sur les travaux publics d'assainissement ou d'amenée d'eau d'alimentation des villes de plus de 5.000 habitants et sur le classement des établissements insalubres, dangereux ou incommodes.

Il est spécialement chargé du contrôle de la surveillance des eaux captées en dehors des limites de leur département respectif pour l'alimentation des villes.

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France est composé de quarante-cinq membres.

Sont membres de droit : le directeur de l'assistance et de l'hygiène publique au ministère de l'Intérieur ; l'inspecteur général des services sanitaires ; l'inspecteur général adjoint des services sanitaires ; l'architecte inspecteur des services sanitaires ; le directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'Intérieur ; le directeur des consulats et des affaires commerciales au ministère des Affaires étrangères ; le directeur général des douanes ; le directeur des chemins de fer au ministère des Travaux publics ; le directeur du travail au ministère du Commerce, des Postes et des Télégraphes ; le directeur de l'enseignement primaire au ministère de l'Instruction publique ; le président du Comité technique de santé de l'armée ; le directeur du service de santé de l'armée ; le président du Conseil supérieur de santé de la marine ; le président du Conseil supérieur de santé au ministère des Colonies ; le directeur des domaines au ministère des Finances : le doyen de la Faculté de médecine de Paris ; le directeur de l'Ecole de pharmacie de Paris ; le président de la Chambre de commerce de Paris ; le directeur de l'Administration générale de l'assistance publique à Paris ; le vice président du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine ; l'inspecteur général du service d'assainissement de l'habitation de la préfecture de la Seine ; le vice-président du Conseil de surveillance de l'assistance publique de Paris ; l'inspecteur général des écoles vétérinaires ; le directeur de la carte géologique de France.

Six membres sont nommés par le ministre sur une liste triple de présentation dressée par l'Académie des sciences, l'Académie de médecine, le Conseil d'État, la Cour de cassation, le Conseil supérieur du travail, le Conseil supérieur de l'assistance publique de France.

Quinze membres seront désignés par le ministre parmi les médecins, hygiénistes, ingénieurs, chimistes, légistes, etc.

Un décret d'administration publique réglementera le fonctionnement du Comité consultatif d'hygiène publique de France, la nomination des auditeurs et la constitution d'une section permanente.

TITRE III

DÉPENSES

Art. 26. — Les dépenses rendues nécessaires par l'application de la présente loi, notamment celles causées par la destruction des objets mobiliers, sont obligatoires. En cas de contestation sur leur nécessité, il est statué par décret rendu en Conseil d'État.

Ces dépenses seront réparties entre les communes, les départements et l'État, suivant les règles fixées par les articles 27, 28 et 29 de la loi du 15 juillet 1893.

Toutefois, les dépenses d'organisation du service de la désinfection dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus sont supportées par les villes et par l'État dans les proportions établies au barême du tableau A annexé à la loi du 15 juillet 1893. Les dépenses d'organisation du service départemental de la désinfection sont supportées par les départements et par l'Etat dans les proportions établies au barême du tableau B.

Des taxes seront établies par un règlement d'administration publique pour le remboursement des dépenses relatives à ce service,

A défaut par les villes et les départements d'organiser les services de la désinfection et des bureaux d'hygiène et d'en assurer le bon fonctionnement dans l'année qui suivra la mise à exécution de la présente loi, il y sera pourvu par décrets en forme de règlements d'administration publique.

TITRE IV

PÉNALITÉS

Art. 27. — Sera puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal quiconque, en dehors des cas prévus par l'article 21 de la loi du 30 novembre 1892, aura commis une contravention aux prescriptions des règlements sanitaires prévus aux articles 1 et 2, ainsi qu'à celle des articles 5, 6, 7, 8 et 14.

Celui qui aura construit une habitation sans le permis du maire sera puni d'une amende de 16 francs à 500 francs.

Art. 28. — Quiconque, par incurie, dégradera des ouvrages publics ou communaux destinés à recevoir ou à conduire des eaux d'alimentation ; quiconque, par négligence ou incurie, laissera introduire des matières excrémentitielles ou toute autre matière susceptibles de nuire à la salubrité dans l'eau des sources, des fontaines, des puits, citernes, conduites, aqueducs, réservoirs d'eau servant à l'alimentation publique, sera puni des peines portées aux articles 479 et 480 du Code pénal.

Est interdit, sous les mêmes peines, l'abandon de cadavres d'animaux, de débris de boucherie, fumier, matières fécales et en général de résidus animaux putrescibles dans les failles, gouffres, bétoires ou excavations de toute nature autres que les fosses nécessaires au fonctionnement d'établissements classés.

Tout acte volontaire de même nature sera puni des peines portées à l'article 257 du Code pénal.

Art. 29. — Seront punis d'une amende de 100 francs à 500 francs, et, en cas de récidive, de 500 à 1000 francs, tous ceux qui auront mis obstacle à l'accomplissement des devoirs des maires et des membres délégués des commissions sanitaires en ce qui touche l'application de la présente loi.

Art. 30. — L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par la présente loi. Il est également applicable aux infractions punies de peines correctionnelles par la loi du 3 mars 1822.

TITRE V

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 31. — La loi du 13 avril 1850 est abrogée, ainsi que toutes les dispositions des loi antérieures contraires à la présente loi.

Les Conseils départementaux d'hygiène et les Conseils d'hygiène d'arrondissement actuellement existants continueront à fonctionner jusqu'à leur remplacement par les Conseils départementaux d'hygiène et les commissions sanitaires de circonscription organisées en exécution de la présente loi.

Art. 32. — La présente loi n'est pas applicable aux ateliers et manufactures.

Art. 33. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'organisation et de fonctionnement des bureaux d'hygiène et du service de désinfection ainsi que les conditions d'application de la présente loi à l'Algérie et aux colonies de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion.

Art. 34. — La présente loi ne sera exécutoire qu'un an après sa promulgation.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

A propos d'une opération récente et bruyante, le journal le *Temps* a publié la spirituelle fantaisie que voici :

Comment j'opérai le docteur Doyen

Ce fut le 10 février 1902, jour qui restera à jamais célèbre dans les fastes de la chirurgie, que j'opérai le docteur Doyen, ou plutôt les deux frères Doyen, réunis, comme chacun sait, par une membrane xiphopage. De très nombreuses personnes m'ont demandé de vouloir bien moi-même rédiger à ce sujet un récit destiné à être lu par l'excellent acteur Antoine, au cours des représentations cinématographiques qui vont bientôt, avec une magie exacte, retracer aux foules enthousiastes les diverses phases de cette entreprise audacieuse.

Mais quelques explications préliminaires ne seront pas inutiles.

La fréquence des dédoublements de la personnalité est peut-être le phénomène le plus caractéristique des cinquante dernières années. Les causes en sont sans doute l'exaltation même de cette personnalité, l'excès de l'individualisme, les maladies de croissance qui, en ce moment, sévissent sur l'âme, la tourmentent, la menant, il faut l'espérer, à des destinées nouvelles, à une plus haute puissance. Cette exaspération du *moi* se traduit simultanément de deux façons contradictoires : un besoin de plus en plus vif de généralisation et une nécessité immédiate de se spécialiser pourtant. L'esprit voudrait être peintre, philosophe, politicien, agir de tous côtés à la fois, et il ne le peut. S'il le pouvait, la société même l'en empêcherait, car elle a besoin, pour se sentir en sécurité, de savoir que les forgerons ne font pas de dentelles et que les dentellières ne savent pas forger. Et cependant, l'esprit veut à la fois forger et faire de la dentelle. Alors un miracle s'est produit, le dédoublement extérieur, le même homme est devenu deux, quelquefois trois.

Il ne faut donc pas s'étonner si l'activité cérébrale du docteur Doyen l'a également dédoublé. Par malheur, la scissiparité fut incomplète : les deux personnes restèrent rattachées par une membrane s'étendant de l'ombilic au sternum. On fut obligé, pour distinguer celles-ci, d'appeler l'une Radoyen et l'autre Doyenka. Ceci n'eut d'abord aucun inconvénient ; mais avec l'âge, de fâcheuses dissidences, de graves incompatibilités de caractère et d'humeur, finirent par se manifester entre les deux doubles. Ils s'étaient adonnés à l'étude et à la pratique de la

chirurgie ; l'un déclara tenir pour la médecine expectante, l'autre pour la vigueur et la décision opératoires. Leurs dissensions, que nous pouvons presque qualifier d'intestines, eurent un grand retentissement et, à cause même des liens étroits qui les rattachaient, firent scandale. On résolut de les séparer. Il fut fait appel à ma science.

L'opération n'a pas duré vingt minutes. J'y avais convoqué mes amis les phénomènes du cirque Barnum and Bailey, dont je ne puis plus me passer. Ils me furent d'une extrême utilité, l'homme à l'épiderme extensible surtout : en suturant la peau de son abdomen à celle de l'abdomen de l'homme-squelette, je fabriquai des frères siamois artificiels sur lesquels je fis des expériences préalables tout à fait intéressantes. Etaient également présents l'homme sans bras qui écrivait sous ma dictée avec son pied, et l'homme pelote, qui eut à jouer un rôle modeste, mais indispensable, comme on le verra tout à l'heure.

***

Les deux monstres Radoyen et Doyenka furent placés sur une table de mon invention, recouverte d'un drap stérilisé d'après une formule qui est ma propriété. Je me plaçai à leur droite, de telle manière que le cinématographe ne put rien perdre ni de mes gestes, ni de mes traits. La partie superficielle de la membrane était formée par une voûte cartilagineuse d'une certaine épaisseur, que je sectionnai à l'aide d'un bistouri établi sur mes indications. Comme il est habituel à ma clinique, l'anesthésie des sujets fut produite par le chlorure de méthyle. A mesure que je n'avais plus besoin de mes aiguilles, de mes ciseaux et de mes pinces, je les piquais dans les joues de l'homme-pelote : voilà à quoi il a servi.

En dessous de la voûte cartilagineuse, je trouvai, comme il fallait s'y attendre, un pont hépatique de 7 centimètres de largeur sur 4 d'épaisseur, traversé par un grand nombre d'artères, d'artérioles, de veines et de veinules. C'était le cas, ou jamais, d'employer ma méthode si originale d'hémostase ; je pratiquai donc l'écrasement extemporané du pédicule hépatique, au moyen de ma grande pince à double levier du Creusot, qui pèse un million de tonnes, qu'un seul doigt fait agir, et qui produit une pression de six cent mille kilos. Je n'entrerai pas dans les autres détails, trop particulièrement techniques, de ce travail adroit et gigantesque. Il suffira de savoir que la tâche était assez ingrate. Une inquiétude me venait : De temps en temps je me tournai vers l'autre opérateur, celui du cinématographe, et je lui disais :

— Combien de temps me reste-t-il encore ?

— Cinq minutes... deux minutes.

Heureusement pour la postérité, l'opération fut terminée avant que les rouleaux du cinématographe fussent tous épuisés. Radoyen fut emporté le premier sur une table voisine, une compresse de l'invention d'un de mes aides accoutumés placée dans la plaie, et la peau refermée provisoirement avec des pinces à griffes dont j'ai donné tout récemment le dessin. Puis ce fut le tour de Doyenka. Je suturai sa paroi abdominale, en ayant soin de lui laisser une petite mèche en gaze stérilisée par mon préparateur ordinaire, que je ne saurais trop recommander à mes collègues. L'opération avait réussi. Quant à Radoyen et à Doyenka, j'espère qu'ils s'en tireront.

Un immense concours de peuple, que j'estime à sept millions de personnes, attendait à la porte de l'hôpital et je dus me dérober à ses acclamations. On voyait également sous les fenêtres douze ou quinze cents automobiles, parmi lesquelles on distinguait celle du roi des Kymris, de l'empereur détrôné des Aztèques, du grand-duc de Ganzberg, de lord Untrue, du marquis de Las Pesetas y Cambio, de Jobard Pacha, de l'ambassadeur d'Andorre, de l'escrimeur de Spada-Blanca, de Mlle Suzanne Chaste, l'exquise diseuse, enfin tout Paris, le secrétaire particulier du ministère des communications sous marines, qui était venu en fiacre.

Le *Santos-Dumont* n° 17.964 planait au dessus de ma tête se livrant à mille évolutions sublimes ; le Roi des airs tint même à m'inviter à dîner dans sa nacelle. Mais le vent n'étant pas particulièrement favorable, après un atterrissement magistral nous prîmes le parti de rentrer chez nous en tramway.

Dix heures du soir. — Doyenka dit qu'il a mal à sa membrane.

Minuit. — On m'apporte le cinématographe et on le fait fonctionner. L'effet est étonnant. Radoyen a la fièvre. Je lui fais donner du champagne Doyen. PIERRE MILLE.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le **Concours pour le clinicat obstétrical** s'est terminé, le samedi 25 janvier, par la nomination de M. le docteur VANVERTS. Les questions sorties de l'urne ont été pour l'écrit : *Des tumeurs fibreuses pendant la grossesse et l'accouchement.*

Pour l'oral : *Epreuve clinique d'un quart d'heure après une demi-heure de réflexion.*

La manœuvre obstétricale a consisté en un accouchement et une version.

Les questions restées dans l'urne étaient les suivantes : *Diagnostic et traitement de l'éclampsie puerpérale ; Diagnostic et traitement des grossesses extra-utérines.*

Nous adressons à M. le docteur VANVERTS nos sympathiques félicitations.

Notre Carnet

M. le docteur Pierre COLLE nous fait part de l'heureuse naissance de son fils JACQUES. Nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 267. Sixième Année N° 8. Le Numéro : **10** centimes 23 Février 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Conseils d'hygiène universitaires et santé publique

par le professeur **H. Surmont**

L'appel aux médecins, à propos du projet de réforme de l'enseignement secondaire, publié dans le numéro du 1er Février de *La Presse médicale*, par notre collègue M. Albert MATHIEU, soulève des idées trop justes et met au grand jour des réflexions qui sont trop dans l'intimité des consciences d'un grand nombre de pères de famille, médecins ou non, pour n'avoir pas un retentissement légitime. Nous pensons donc que la Ligue des pères de famille, amis de l'Université, dont parle M. Albert MATHIEU, est appelée à avoir un légitime succès, car elle correspond à un besoin d'autant plus réel, que nous ne savons que trop bien, nous autres médecins, qu'en matière d'hygiène, plus qu'en toute autre, l'activité des pouvoirs publics est rarement spontanée, qu'elle a besoin d'être sollicitée et mise en train, et qu'on voit rarement un acte décisif de progrès franchement accompli par elle contre la routine des bureaux avant que la poussée de l'opinion publique ne soit devenue trop forte pour qu'il soit possible d'y résister plus longtemps. Il suffit de songer aux longues et douloureuses vicissitudes subies par la « loi pour la protection de la santé publique », aux longs retards mis par les pouvoirs publics à s'intéresser à la lutte antituberculeuse, à laquelle ils s'attachent si vigoureusement maintenant, pour voir combien il est nécessaire de solliciter longtemps et de toutes façons leur initiative, et combien leur collaboration devient active et puissante quand elle est enfin convaincue et agissante.

* * *

La proposition de M. Albert MATHIEU m'amène à présenter, moi aussi, au public médical, une idée que je crois de nature à assurer, sinon d'une manière définitive, du moins pour longtemps, la possibilité et l'aboutissement des réformes hygiéniques nécessaires dans les établissements universitaires de tout ordre : je veux parler de la création de Conseils d'hygiène universitaires. J'ai eu l'occasion d'émettre récemment cette idée dans un article sur le « rôle social de l'instituteur dans l'éducation hygiénique du peuple », destiné à la « Revue pédagogique » et actuellement sous presse. La voici en deux mots :

Je voudrais qu'il fût créé, à Paris, au ministère de l'Instruction publique, une section spéciale du Conseil

supérieur de l'Instruction publique qui ne serait autre que le *Conseil supérieur d'hygiène universitaire de France*. Ce conseil supérieur aurait sa *section permanente* qui, en dehors des sessions annuelles réglementaires, serait consultée par le ministre ou les directeurs intéressés sur les questions urgentes.

Mais, et c'est là surtout le point important, le conseil supérieur d'hygiène universitaire serait complété, dans chaque académie, par un *Conseil d'hygiène académique*, installé à côté du recteur, comme le conseil supérieur à côté du ministre. Conseil supérieur et Conseil académique auraient, bien entendu, l'un et l'autre, uniquement voix consultative, et correspondraient auprès du ministre de l'Instruction publique et auprès du recteur, pour l'Université, à ce que sont le Comité central d'hygiène publique en France et les Conseils d'hygiène départementaux auprès du ministre de l'Intérieur et des préfets. Ils ne pourraient donc gêner en rien l'administration universitaire dans l'exercice de son autorité. Ils auraient, eux aussi, leurs assemblées générales et leur *section permanente*, celle-ci indispensable pour permettre en tout temps aux recteurs de prendre avec la rapidité nécessaire les décisions urgentes, celle-là nécessaire pour permettre aux délégués des points éloignés de la circonscription académique de prendre part d'une façon effective et personnelle aux travaux du « Conseil d'hygiène académique ».

Il n'est pas besoin, devant un public de médecins, de défendre l'idée de l'utilité ou plutôt de la nécessité absolue de Conseils d'hygiène universitaires, c'est-à-dire d'assemblées d'hommes compétents qui seraient appelées à donner leur avis non seulement sur l'installation matérielle des classes, c'est-à-dire leur emplacement, leur chauffage, leur éclairage, leur nettoyage, leur mobilier, etc., mais encore sur l'emploi du temps des élèves, réglé, non d'après les habitudes des professeurs, mais d'après les nécessités physiologiques inhérentes à l'âge des écoliers, au climat de la ville, à la saison, etc., sur la somme d'exercice physique qu'il faut exiger de tous les élèves indistinctement, et sur la forme la meilleure de cet exercice, sur la quantité de travail cérébral qu'on peut, au total, demander *raisonnablement* des écoliers de tout âge, et par conséquent sur les programmes eux-mêmes dont l'élaboration ne doit pas être seulement laissée aux grammairiens, aux mathématiciens, aux naturalistes, aux latinistes, aux hellénistes, aux historiens, aux géographes, mais encore, et on pourrait presque dire surtout, aux hygiénistes et aux médecins.



On me permettra seulement d'insister sur la question des Conseils d'hygiène universitaires locaux, c'est-à-dire académiques.

S'il est nécessaire qu'il y ait à Paris un Conseil supérieur chargé, à côté de l'administration centrale, de prendre les mesures générales nécessaires, telles que collaboration à l'élaboration des programmes, la durée de l'isolement et la prophylaxie dans les diverses maladies contagieuses scolaires, etc., il est indispensable que l'application locale de ces différentes mesures soit laissée à l'appréciation des diverses autorités académiques locales. L'hygiène prophylactique, par exemple, est avant tout et essentiellement locale ; plus brèves sont les formalités à remplir avant l'application des mesures de défense, et plus celles-ci sont efficaces. D'autre part, n'est-il pas évident que les différences climatologiques des diverses Académies doivent aussi logiquement avoir leurs répercussions sur l'organisation générale de l'emploi du temps, sur l'heure des classes, sur le moment des vacances, etc. ? En quoi est-il utile que les élèves entrent en classe à la même heure au mois de Juillet et au mois de Décembre, à Lille et à Nîmes, et partent en vacances le même jour à Alger et à Nancy, etc. ? Ce n'est pas, du reste, au moment où l'on vient de créer les Universités régionales qu'il est besoin d'insister plus longuement sur les avantages de toute nature de la décentralisation universitaire à tous les degrés.

Rien de plus facile à organiser, du reste, que ces Conseils d'hygiène universitaires. Je ne parle pas du recrutement du Conseil supérieur d'Hygiène universitaire de France. Les compétences éclairées y seraient foule, à commencer par des délégués des Facultés de médecine au Conseil supérieur de l'Instruction publique. Plus intéressant est le recrutement du Conseil d'hygiène académique. Celui-ci se composerait de membres de droit, et de membres nommés par délégations spéciales. Le recteur de l'Académie en serait, comme il convient, président de droit ; c'est là une absolue nécessité, si l'on veut donner aux décisions du Conseil d'hygiène académique toute la valeur administrative qu'elles comportent et la rapidité d'exécution qu'elles peuvent nécessiter en certains cas. Le professeur d'hygiène de la Faculté ou de

l'École de médecine de l'Université locale serait vice-président de droit. Le secrétaire de l'Académie, secrétaire général. L'inspecteur d'Académie, directeur de l'enseignement secondaire ; les inspecteurs d'Académie, directeurs départementaux de l'enseignement primaire, compléteraient la liste des membres de droit. Les membres nommés seraient choisis parmi les diverses personnalités intéressées et compétentes, à savoir un médecin délégué du Conseil d'hygiène départemental, de préférence, le médecin chargé du service des épidémies, dont la présence est indispensable pour renseigner le Conseil sur l'état sanitaire de la circonscription, un délégué des proviseurs des lycées et directeurs des collèges, un délégué des instituteurs, une déléguée des institutrices. Telles seraient, avec un architecte et un ingénieur sanitaire, toutes les compétences nécessaires et suffisantes. Les divers délégués seraient désignés par un vote de leurs collègues, plutôt que choisis directement par l'autorité académique.

De ce Conseil d'hygiène académique émanerait une section permanente dont feraient partie, outre les membres de droit, le médecin délégué du Conseil d'hygiène départemental et un autre délégué habitant le chef-lieu académique.

Ainsi composé, le Conseil d'hygiène académique serait *nécessairement* consulté sur toutes les questions intéressant l'hygiène du personnel ou du matériel des établissements universitaires de tous ordres de son ressort, car on peut bien avouer qu'au point de vue des manquements quotidiens aux règles les plus élémentaires de l'hygiène et de la salubrité, les établissements d'enseignement supérieur, même et surtout les Facultés de médecine, n'ont rien à envier à la plus délabrée des écoles de village. A l'heure actuelle, les Conseils d'hygiène départementaux sont bien consultés sur la valeur hygiénique des emplacements choisis par les écoles, mais ils n'ont à donner leur avis ni sur les aménagements intérieurs, ni sur le mobilier, ni sur aucun des points si particuliers et si importants qui forment ce grand chapitre d'hygiène qui s'intitule dans les traités classiques, « l'hygiène scolaire » et qui n'est pas une des parties les moins importantes de la puériculture. Qui ne voit de suite l'importance des réformes urgentes à faire et des services à rendre ? En outre, le Conseil d'hygiène académique recevrait, au moins chaque mois, un rapport signé du médecin et du directeur de chaque établissement sur l'état sanitaire de la maison. Il aurait sous sa juridiction les médecins des divers établissements, et, renseigné à la fois par chacun d'eux et par le médecin des épidémies, pourrait les avertir à son tour des précautions à prendre pour éviter les maladies scolaires qui peuvent menacer l'établissement à eux confié. Il surveillerait l'exécution des mesures prescrites par lui, en déléguant au besoin l'un de ses membres pour les inspections nécessaires ; il s'occuperait enfin de l'enseignement de l'hygiène dans le ressort de l'Académie, à la fois en introduisant dans les programmes de l'enseignement primaire des œuvres post-scolaires les notions d'hygiène locale appropriées au genre de vie et de travail des classes laborieuses dans les différents centres de la circonscription, et en veillant au recrutement des professeurs d'hygiène dans les lycées et les écoles normales. Depuis que, sous la pression de la nécessité, l'enseignement de l'hygiène a été introduit dans les programmes de l'enseignement secondaires et des écoles normales, il a été donné par les professeurs d'histoire naturelle, de physique et de chimie, quelquefois même de philosophie ! Or, quelle que soit la bonne volonté de ces professeurs improvisés, ils ne peuvent donner avec l'autorité et la science nécessaires un enseignement qui, d'autant plus difficile qu'il doit être plus condensé, ne peut être utilement et bien donné que par un médecin. Le Conseil d'hygiène académique aurait à désigner à l'autorité supérieure, soit parmi les médecins des lycées et collèges, soit parmi les confrères plus particulièrement indiqués par leurs travaux habituels, ceux qu'il croirait plus aptes à remplir ces engagements.

***

Nous croyons que l'esquisse ci-dessus donnée des Conseils d'hygiène universitaires, tels que nous les concevons, suffit à montrer et l'urgence de leur création et l'importance des services qu'ils pourraient rendre. Souhaitons, en terminant, que l'idée fasse son chemin et qu'elle trouve bientôt quelque parrain puissant qui fasse de l'espérance d'aujourd'hui la réalité de demain.

Un cas de mucocèle du sinus frontal (1)

par le docteur **Gaudier.**

Le 19 octobre 1901, se présentait à notre consultation un jeune homme de seize ans, porteur, à la partie

(1) Synonymie. — Kyste séreux, dilatation kystique, hydropisie du sinus frontal.

supéro-interne de l'orbite, dans l'angle naso-frontal, d'une tuméfaction arrondie, du volume d'une petite noix, dure dans presque toute son étendue, sauf en un point inférieur, un peu mollasse. Cette tuméfaction donnait à la face un aspect singulier, par l'écartement énorme des deux yeux dû à l'hypertrophie du squelette du nez et augmenté par l'exophtalmie en dehors et en bas de l'œil droit. Il existait de l'épiphora mais l'œil en exophtalmie avait conservé toute sa puissance visuelle. A gauche tout était normal.

Le doigt qui palpait la tuméfaction la délimitait assez bien en arrière ; et cet examen ne s'accompagnait d'aucune sensibilité.

Une ponction à la seringue de PRAVAZ, faite au point mollasse, ne ramena rien, mais en refoulant le piston, on fit sourdre de la fine aiguille une gouttelette de mucus épais, trop filant pour être aspiré. Le diagnostic devenait alors facile : il s'agissait d'une tumeur à contenu muqueux. C'était un *mucocèle du sinus frontal.* Nous disons du *sinus frontal*, car l'aiguille, pénétrant dans la tuméfaction, nous avait permis de constater, par sa direction, qu'elle pénétrait dans le sinus par un orifice osseux assez large.

L'histoire antérieure de ce petit malade est intéressante : En 1894, il fit une scarlatine fort grave, compliquée de diphtérie, et au cours de laquelle, se déclarèrent une double otite moyenne suppurée, et une suppuration nasale droite, qui dura fort longtemps. La guérison se fit quand même, avec comme reliquat un peu de surdité et d'enchifrènement.

En 1898, quatre ans plus tard, son père, le Dr R..., constate au niveau de l'angle naso-orbitaire une très légère tuméfaction non douloureuse et ne s'accompagnant pas de symptômes du côté du nez ou de la vue. Comme elle augmentait un peu, s'accompagnant d'épiphora, le jeune malade fut présenté en mars, au Professeur de LAPERSONNE, qui, en raison de la dureté de la tuméfaction, de son indolence, hésita entre un ostéome du sinus frontal ou une mucocèle. Je le vis le même jour, au point de vue nasal, et constatai que du côté droit il existait une adhérence totale entre le cornet moyen et la cloison, reliquat de sa suppuration de jadis. Il existait donc, au-dessus du cornet inférieur, un véritable mur horizontal, s'étendant d'avant en arrière et ayant même rétréci singulièrement la choane droite. Le cathétérisme du sinus frontal était impossible. L'examen par transparence des sinus ne fit rien découvrir d'anormal : tous les sinus s'éclairaient bien. Il n'existait d'ailleurs aucune trace d'inflammation nasale, et à part un peu de gêne respiratoire du côté droit, le malade ne se plaignait pas et mouchait peu. D'un commun accord, avec le Professeur de LAPERSONNE, nous convînmes d'attendre, étant donné le peu de symptômes. Un an après, CASTEX vit ce jeune homme : il y avait alors un léger degré d'exophtalmie en bas et en dehors, et de l'épiphora, pas de douleurs, et l'état général était excellent. CASTEX conseilla d'ouvrir pour se rendre compte. Une radiographie faite à ce moment ne montra rien de suspect du côté des sinus frontaux.

En 1901, à la suite de fatigues prolongées, il se déclara un peu de sensibilité, et la tuméfaction, en quelques jours, prit un développement plus considérable. C'est alors que je revis le malade.

Devant le diagnostic confirmé, l'opération fut décidée pour le 23 octobre et faite à la maison de santé de l'hôpital de la Charité.

Le sourcil étant rasé, le bistouri trace une incision orbito-nasale, courbe, qui va jusqu'à l'os, et donne ainsi un grand lambeau triangulaire à base inférieure, que la rugine refoule en quelques coups, ce qui met à nu la tuméfaction osseuse, dure, blanche, jusqu'à sa limite inférieure, où il existe une solution de continuité par laquelle, après un coup de rugine, s'écoule du liquide colloïde visqueux comme de la gelée de pommes. Une pince gouge courbe introduite par cette ouverture inférieure, fait sauter toute cette tuméfaction, et l'on constate qu'elle communique par un orifice à passer le petit doigt avec le sinus frontal droit. La lèvre supérieure de l'incision cutanée est disséquée, le périoste décollé, et la gouge et le maillet ouvrent largement le sinus frontal que l'on peut explorer mieux, après avoir avec beaucoup de peine, avec la curette, enlevé le mucus épais qui le remplit. C'est un sinus avec diverticule sus et rétro-orbitaire, par conséquent fort grand ; comme on ne peut arriver à le vider complètement du mucus qu'il contient, on s'aperçoit qu'il existe une perforation de la cloison intersinusiale, et par laquelle vient de la matière colloïde ; cette perforation est agrandie, et à la gouge et au maillet le sinus gauche est ouvert. Il est plus petit, mais rempli également de la même gelée. A la pince gouge, on supprime la cloison intermédiaire et on fait de ces deux cavités, un couloir en bissac, facile à curetter et à drainer. Nous nous appliquons à détruire soigneusement la muqueuse, *très vasculaire et épaissie*, tant par la curette que par le chlorure de zinc en solution au 1/10. Nous essayons le cathétérisme rétrograde du canal frontal : il est impossible. Il y a là une cicatrice osseuse infranchissable. Nous n'insistons pas, et refermons le tout, laissant un drain qui couché au fond des deux sinus sort pas l'angle inférieur de la plaie. Pansement salolé.

Les suites furent excellentes et fort simples ; un peu de suintement séreux pendant les trois premiers jours ; le drain fut enlevé le quatrième, et les fils le huitième ; la réunion était complète et il n'y avait pas de déformation.

Dans une lettre en date du 14 décembre, j'apprenais que l'état se maintenait très satisfaisant, « l'épiphora n'existe plus, l'œil n'est plus gêné dans ses mouvements, et l'exophtalmie a beaucoup diminué ».

Le 2 février 1902, tout allait bien, et l'enfant travaillait sans fatigue, l'œil revenu en place, et sans déformation au niveau de la plaie.

Les cas de mucocèle du sinus frontal, sont rares, et LUC (1) constatait avec raison, dans un article d'il y a quelques années, que c'est à peine si cette affection était citée dans les traités de pathologie externe les plus récents ; « elle méritait pourtant de fixer davantage l'attention des chirurgiens, en raison de son action déformante sur le visage, et de la menace

(1) LUC — Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1899. T. XXV, p. 395.

qu'elle peut représenter à un moment donné, à l'égard de l'organe de la vision, tandis qu'il ne dépend que d'un bon diagnostic entraînant une intervention précoce pour en faire disparaître toute trace ».

Les deux premiers travaux d'ensemble datent de 1881. Dans leur thèse inaugurale, GARREAU (1) et BERTHEUX (2), reprenant les quelques observations de ce genre publiés avant eux (3), établissent que la mucocèle frontale débute lentement, insidieusement, sans douleur ne se manifestant que par une certaine gêne dans les mouvements de l'œil, quand elle a acquis un certain volume, et par de l'épiphora, ce qui explique qu'elle a presque toujours été décrite par des ophtalmologistes.

Viennent ensuite les observations de BULLER (4), GROSSMANN (5), PADULA (6), R. WILLIAMS, de Liverpool) (7), BOCK (8), VINCENTIS et POLIGNAGNI (9), DUNN (10), CRESSWEL BABER (11), deux faits de MÉI, de PISE (12), et un de ROLLET (13), cités dans la thèse de BOEL (14); puis les relations de SPENCER WATSON (15), BOND (16), quatre cas de SILKOCK (17), de STEINER (18), le cas de LUC, celui de VALUDE (19), de HALLAUER, (20), de BATUT, de LAURENS (21).

Pathogénie. — Trois théories pathogéniques ont été émises pour expliquer la production de la mucocèle. Dans la *première* (GARREAU et BERTHEUX) il s'agirait *d'un kyste par rétention du conduit excréteur d'une glande de la muqueuse du sinus*, les auteurs assimilant la mucocèle frontale aux kystes muqueux du sinus maxillaire décrits par GIRALDES en 1851. La *seconde théorie* a été émise par BOEL qui, se basant sur l'observation de ROLLET, et une de SPENCER WATSON, admet qu'il s'agit *simplement d'une infection atténuée* du sinus une infection plus *virulente* engendrant au contraire l'*empyème du sinus*.

La plupart des auteurs se rallient à la *troisième* opinion : l'obstruction complète ou incomplète (DUNN) du canal fronto-nasal étant la cause déterminante de la dilatation kystique du sinus ; que cette obstruction soit consécutive à une *infection* de ce canal, à une ostéite hypertrophiante éburnée du squelette (LAURENS) du nez, à des cicatrices, à des tumeurs malignes (LUC) ou bénignes, ou à une déformation, ou à une étroitesse congénitale.

Cette théorie permet d'éliminer complètement la première, qui n'est guère plus soutenue aujourd'hui, et d'autre part permet aussi d'interpréter différemment le deuxième, où l'infection ne serait plus la cause de la mucocèle, mais simplement la cause de l'obstruction du canal fronto-nasal.

Anatomie pathologique. — L'affection est généralement *unilatérale*, et l'on ne peut guère citer comme *bilatérale* que celles de ROLLET, de VALUDE, et la nôtre.

La cavité kystique est plus ou moins considérable (1); mais le caractéristique de l'affection, c'est sa marche progressive, *par usure de l'os*, usure qui peut s'étendre même, à une partie (BULLER) ou à la totalité (DUNN) des cellules ethmoïdales, et dans un cas (LUC) faire disparaître la paroi postérieure du sinus frontal. « Finalement j'atteins la dure-mère qui, baignée par le contenu du kyste, forme le fond de ce dernier. Le kyste s'est donc rompu en haut en arrière sous la dure-mère. »

Cette *usure s'accompagne* aussi d'une hyperostose principalement accusée en bas, au niveau du canal nasal, et en avant au point culminant de la tuméfaction : l'os prenant dans ce cas, la blancheur et la dureté de l'ivoire.

La *muqueuse sinusienne* est conservée, souvent épaissie (BULLER, LUC), plus vasculaire, quelquefois parsemée de petits kystes glandulaires ; à un moment donné, par suite de l'extension considérable de la poche, celle-ci peut se rompre, et le liquide file en dehors sous les téguments, formant là un point fluctuant et mollasse.

Le liquide présente comme caractère *important* et *commun* de n'être *jamais purulent*. Il présente une consistance gommeuse caractéristique : il renferme de nombreux cristaux de cholestérine, des gouttelettes de graisse, et une grande quantité d'hématies, qui peuvent faire varier sa coloration du jaune clair au jaune brun et même au noir (STEINER) ; il y a très peu de globules blancs.

Diagnostic, symptomatologie et évolution. — Les symptômes *subjectifs* de l'affection, avons-nous déjà dit, sont à peu près *nuls*. Il n'est fait mention de douleurs spontanées au niveau de la tumeur que pour la malade de MÉI. Le malade de DUNN accusait une simple tension.

Les caractères sont surtout *objectifs*. L'apparition d'une tuméfaction fronto-orbitaire se continuant sans interruption par sa base avec l'os frontal, et dont le lieu d'élection est un peu au-dessous de la partie

(1) GARREAU. — Th. Paris, 1881.
(2) BERTHEUX. — Th. Paris, 1881.
(3) 3 observations personnelles de GARREAU, une de SANTEREAU, une de BOUYER.
(4) BULLER. — Mucocèle of the frontal sinus. Americ. Journ. of ophtalmology, 15 mai 1884.
(5) GROSSMAN. — Kyste of frontal sinus. Liverpool Med. chir. Journal, july 1889.
(6) PALUDA. — Mucocèle dei seni frontali con usura del osso. Rivista veneta di sc. medic., 70-76, 1889.
(7) R. WILLIAMS. — On orbital Tumour from mucous distension of the frontal sinus, 3 cas.
(8) BOCK. — Medic. Presse and. circular, déc. 1852.
(9) VINCENTIS et POLIGNAGNI. — Annales de la clinique oculistique de Naples, 1890-1893.
(10) DUNN.—Case ot fronto-ethmoïdal mucocèle. Virginia medic. Monthly, nov. 1896
(11) CRESSWEL BABER.— Mucocèle of the frontal sinus. Laryngological society. London, nov. 18 6.
(12) MÉI DE PISE. — Annali di ottalmologia, 1892, cité dans Th. de BOEL.
(13) ROLLET. — In Th. de BOEL.
(14) BOEL. — Th. de Lyon, 1896.
(15) SPENCER WATSON. — Lancet, mai 1897.
(16) BORD. — Mucocèle of the left frontal sinus. Laryng. society. London, 1897.
(17) SILKOCH. — 4 cas. Practit. March, 1897
(18) STEINER. — Centralblatt fur Augenheilk., 1897.
(19) VALUDE. — Recueil d'ophtalmologie, 1899.
(20) HALLAUER. — Mucoc. des sinus front Zeitschrift fur augenheilk, 1899.
(21) LAURENS. — Ostéome des fosses nasales, avec mucocèle fronto-maxillaire. Résection partielle du maxillaire supérieur, du tiers interne de l'arcade sourcilière et de l'ethmoïde. Trépanation du sinus frontal. Guérison. Annales des mal. de l'oreille, 1899, p. 775.

(1) Cas d'HALLAUER. Le tumeur était énorme ; elle mesurait 10 centim sur 9. L'œil était abaissé de plus de 4 centim. La vision n'avait pas souffert.

interne du rebord orbitaire supérieur constitue souvent la première manifestation observée par le malade.

Cependant dans quelques cas (Mèi, Valude) la tumeur avait débuté au-dessus du sac lacrymal et le comprimait. D'autres fois, les premiers signes de l'affection consistaient dans une hypertrophie osseuse de la racine du nez.

En tout cas, à la période d'état, l'aspect est le suivant : *Tumeur arrondie, occupant l'angle supéro-interne de l'orbite*, quelquefois un peu *mollasse ou fluctuante* à la partie la plus déclive, mais *jamais réductible*, et se continuant avec l'os frontal. En même temps l'œil est refoulé en bas, en dehors, et un peu en avant, mais la vision est conservée, et il existe de l'épiphora. La rhinoscopie peut être négative, ou décèle une tumeur (Dunn), une exostose, une cicatrice étendue. Le cathétérisme est impraticable. Les sinus s'éclairent par transparence.

Le diagnostic, alors, est relativement facile, car on ne pourrait faire de confusion qu'avec l'empyème du sinus ; mais les symptômes dans ce cas sont tels (passé nasal, douleurs provoquées ou spontanées, écoulement de pus continuel dans les cas d'empyème *ouvert*, œdème de la paupière, ptosis, quelquefois tuméfaction nettement fluctuante sous la peau, dans le cas d'empyème fermé), que le diagnostic est facile et, en tout cas, dans le doute, une ponction faite en point mollasse ou fluctuant pourrait lever l'indécision.

Mais au début de l'affection, cela peut être moins facile, et dans le cas de tuméfaction basse, siégeant au-dessus du sac lacrymal, on pourrait prendre l'affection pour une tumeur lacrymale, d'autant plus qu'il existe du larmoiement occasionné par la compression du sac ; l'erreur a été commise.

Cela pourrait aussi être pris pour une empyème des cellules ethmoïdales, ou pour une tumeur de cette région, évoluant vers l'orbite ; dans ce cas, la rhinoscopie peut rendre des services.

Enfin, tout à fait au début, la tuméfaction peut en imposer pour une exostose de l'orbite, et il n'y a guère que la marche de la maladie qui puisse éclairer le diagnostic ou la ponction exploratrice, mais en se rappelant bien combien la lame osseuse peut être dure et combien il est difficile d'aspirer le liquide visqueux, ce qui peut faire croire à une ponction blanche et dérouter le diagnostic.

La marche de la maladie est *lente*, mais *progressive*, et *nécessitant à un moment donné une intervention quelconque*. Pourtant, dans quelques cas, par suite d'une obstruction incomplète du canal naso-frontal, ou par une disparition de l'obstacle, le kyste est vidé brusquement (cas de Boissaric (1), de Spencer Watson, de Dunn), et cette terminaison est peut-être plus fréquente qu'on ne le pense.

Le pronostic n'a jusqu'à présent jamais été mauvais, mais il faut se rappeler que le mucocèle, progressant par usure de l'os, et cette usure pouvant faire disparaître comme dans le cas de Luc, la paroi postérieure du sinus, et dans celui de Hallauer la presque totalité de la voûte orbitaire, il pourrait à un moment donné se produire des complications sérieuses du côté du cerveau, ou de l'organe de la vision.

Traitement. — La ponction a été préconisée comme curatrice, mais elle ne peut être considérée comme telle, « car on ne peut lui demander la disparition de la muqueuse qui ne manquera pas de reproduire le liquide évacué, ni celle du tissu osseux distendu qui a envahi l'orbite et défiguré le malade (1) ».

Ce qu'il faut, c'est une intervention vraiment chirurgicale, et qui comprend les temps principaux suivants :

1° Pratiquer, après mise à nu de la tuméfaction, par une incision appropriée (celle qui laisse le moins de trace après cicatrisation), une large ouverture du kyste, en réséquant le plus possible de la paroi antérieure et interne (celle qui refoule et dévie l'œil).

2° Ouvrir le ou les sinus frontaux s'ils communiquent.

3° Explorer et *détruire* (Luc) *toute la muqueuse*, soit à la curette, soit à la pince, par dissection, soit par les caustiques.

4° Rétablir la communication nasale, soit en cathétérisant et en dilatant le canal, soit en en créant un de toute pièce, au moyen d'une petite fraise.

5° Si le drainage est possible par le canal naso-frontal, fermer la plaie extérieure sans drainer, sinon drainer pendant quelques jours, par la plaie extérieure.

Le rétablissement du canal fronto-nasal est parfois impossible ; et certes il vaudrait mieux que l'on pût rétablir sa perméabilité et l'utiliser à l'exemple de Grossman, Williams, Creswel Baber, Bond, Silkoch, Rollet, pour le drainage ultérieur du foyer ; mais quand cela ne se peut, si l'opération a été conduite très antiseptiquement, et surtout si toute *la muqueuse a été bien détruite*, la réunion de la plaie par première intention sera facilement obtenue.

(1) Boissaric. — Société de Chir., 1879.

(1) Luc. — Loc. cit.

Quelques réflexions sur « Les Avariés » de Brieux

par M. le docteur L. Julien, de Tourcoing.

J'écrivais, il y a deux ans : « A mon avis, les médecins ont tort de ne pas s'inquiéter des incursions que les littérateurs font dans leur domaine. La plume d'un écrivain de talent est une arme puissante de propagande intellectuelle, qu'elle répande la vérité ou l'erreur. »

J'écrivais ces lignes à propos du roman « Fécondité » d'Emile Zola. J'ai pour l'œuvre entière du grand romancier la plus profonde admiration. Mais c'était contre les exagérations de ses idées sur la castration de la femme que je m'élevais. Et je voulais surtout, alors, insister sur le devoir que nous avions, nous autres médecins, de mettre en garde l'esprit populaire contre les erreurs funestes que les romanciers peu-

vent lui inculquer, quand ils abordent, insuffisamment documentés, les grandes questions médicales.

Combien, par contre, c'est autant mon désir de voir le corps médical aider de tout son pouvoir, dans son œuvre de saine propagande, l'écrivain qui met son talent à faire connaître au peuple, en y mettant la poésie qu'il convient, mais en respectant les données de la science, les sujets médicaux de prophylaxie sociale !

N'est-ce pas l'occasion qui nous est offerte par la publication des « Avariés » de Brieux dont la censure s'est empressée d'interdire la représentation sur la scène ? — Monsieur Brieux a eu beau y mettre des formes, aller jusqu'à prévenir dès le début de la pièce : « qu'ayant pour objet l'étude de la syphilis dans ses rapports avec le mariage, elle ne contient aucun objet de scandale, aucun spectacle répugnant, aucun mot obscène ; qu'elle peut être entendue par tout le monde, si l'on croit que les femmes n'ont pas absolument besoin d'être sottes ou ignorantes pour être vertueuses, — la censure n'a rien voulu entendre, fidèle représentante de cette méprisable partie de la bourgeoisie. égoïste et rebelle au progrès, austère et pudibonde comme la vieille bigotte dont l'hyménée s'est toujours éloignée ou la vieille hétaïre qui veut cacher son jeu.

Heureusement qu'elle n'est pas le public, Dame Censure ! Je craindrais qu'en matière d'éducation le siècle qui vient de commencer n'ait pas fait un pas sur celui qui vient de s'éteindre. Et je dirais, par exemple, à un de mes excellents Maîtres, qu'il n'est pas près de voir la réalisation de cette idée pédagogique qu'il exprimait un jour dans son service : « Qu'au lieu de bourrer le cerveau des jeunes garçons d'un tas de préjugés inutiles ou dangereux, on ferait bien mieux de leur apprendre à ramener en avant quand la curiosité ou une manœuvre maladroite leur a fait pousser en arrière, l'anneau fatal, cause des paraphimosis. »

Que d'enseignements à répandre dans cette œuvre de Brieux ! Ne faut-il pas que le public connaisse l'existence de ce taré sans scrupules que son mal ne fait pas reculer devant un mariage lucratif ? Il nous arrive dans notre cabinet sous le prétexte d'une consultation à nous demander, mais fixé à l'avance sur la nature de sa maladie et cherchant plutôt à nous surprendre une excuse à l'acte criminel que sa cupidité lui fera, malgré tout accomplir.

Le Docteur. — ..... « Non, je ne vous reverrai pas la semaine prochaine, et même, vous ne réfléchirez pas. Vous êtes venu ici sachant ce que vous aviez, vous êtes venu me demander des conseils avec l'intention de n'en tenir compte que s'ils étaient conformes à votre désir. Une superficielle honnêteté vous a poussé à courir cette chance de mettre votre conscience à couvert. Vous avez voulu avoir quelqu'un sur qui rejeter plus tard les conséquences de cet acte dont vous entrevoyez la culpabilité.. ... »

Il est, en effet, marié, le client, quand nous le revoyons au second acte, à côté d'une jeune femme gentille et gaie, tandis que, contraste édifiant, nous assistons à l'apparition d'un rejeton malingre, vieillot, contaminé.

Brieux ne manque pas l'occasion de jeter l'anathème à ces familles criminelles, qui n'ont aucun scrupule d'abuser de l'ignorance et de la pauvreté des braves et saines filles du village pour essayer de rétablir la santé de leurs produits défraîchis.

Au troisième acte, arrive le beau-père du syphilisé, qui vient se plaindre.

Il est député. — Il en entend.

Le Docteur. — « Ah ! voilà, vous ne saviez pas ! Vous êtes député, vous avez assumé la charge et l'honneur de faire les lois et vous ne savez pas ! Comme probablement vous ignorez l'alcoolisme et la tuberculose ! »

Et le pauvre homme est obligé d'assister à un suggestif défilé !

Voici d'abord une ouvrière, contaminée par son mari mort de son mal, pour n'avoir pas eu le moyen de se procurer les médicaments nécessaires. Il y a sans doute là une exagération au point de vue du pronostic de la syphilis, mais nous la pardonnons volontiers à l'auteur, car elle lui permet de relever une des erreurs incompréhensibles de l'Assistance publique.

— « On lui a bien donné la consultation, mais on lui a refusé les médicaments, parce que nous n'étions à Paris que depuis trois mois. »

Pareil fait, hélas ! ne se passe pas qu'à Paris !

Voici le père d'un collégien, qui a contracté la syphilis à dix-huit ans, syphilis grave.

Lui non plus ne savait pas, ne connaissait pas la gravité du mal dont son fils était atteint.....

Le Docteur. — ..... « Le remède est dans une modification des mœurs. Il faudrait qu'on cessât de traiter la syphilis comme un mal mystérieux dont on ne doit même pas prononcer le nom...... Le plus souvent on l'attrape, parce qu'on ne sait pas, on la laisse devenir

dangereuse, faute de soins, « parce qu'on ne sait pas. » — Il faut savoir, il faut qu'on apprenne aux jeunes gens les responsabilités qu'ils assument, et les malheurs qu'ils se préparent pendant l'adolescence. »

Et à peine le député a-t-il fait cette timide objection : « Il est des curiosités qu'il serait imprudent d'éveiller » que le docteur, dans un beau mouvement d'exaltation :

« Il n'y a rien d'immoral dans l'acte qui perpétue la vie au moyen de l'amour..... Mais nous organisons autour de lui, vis-à-vis de nos enfants, une gigantesque et rigoureuse conspiration du silence. Un bon bourgeois conduira bien son fils et sa fille dans ces fameux « music-halls » où s'entendent des refrains à faire rougir les singes, mais il n'admettra pas qu'on s'entretienne sérieusement, devant eux, de cet acte d'amour qu'ils ne doivent connaître, semble-t-il, que par des blasphèmes et des profanations. ... La pornographie est admise, la science ne l'est pas. »

Voici enfin la jeune et gentille modiste. C'est l'éternelle histoire. Engrossée par son patron, mise à la porte quand elle a satisfait ses passions de vieux débauché, elle finit par échouer sur le trottoir et n'échappe naturellement pas à la contagion. Entre toutes les vérités qu'elle vient débiter, que pensez-vous de cette boutade :

— « Alors finalement ça m'a conduite à Saint-Lazare..... Seulement ça c'est encore une histoire que je ne comprends pas..... on m'y a mise parce que j'étais malade..... Ces saligauds d'hommes vous flanquent une sale maladie et c'est moi qu'on flanque en prison..... C'est un peu fort .... »

Je suis de votre avis, Monsieur Brieux, et pour, moi aussi, c'est encore là une des monstruosités sociales.

Tout serait à citer dans la pièce de Brieux, mais tels sont les principaux traits qui m'ont frappé. Ne sont-ils pas suffisants, médecins, mes frères, pour vous convaincre que nous ferons œuvre de moralité en recommandant la lecture des « Avariés ».

Jouons donc ce mauvais tour à dame Censure, en ajoutant notre réclame à celle déjà considérable qu'elle lui a faite par l'interdiction même qu'elle a prononcée, assurons le succès de ce travail philanthropique.

Pour ma part je recommanderai la pièce à mes amis, à mes clients ; j'engagerai les pères de famille à la faire lire par leurs fils potaches, et si mon conseil provoque chez ces derniers la moindre récrimination : « Tout doux ! » leur dirai-je et je leur raconterai cette anecdote de Fournier. — Fournier, compulsant un jour quelques documents chez un bouquiniste, vint à tomber sur un lot de pornographies tellement épicées qu'il ne put se défendre de cette réflexion : « Mais à qui, diable ! pouvez-vous vendre ces saletés-là ! » Et le bouquiniste, narquois, de lui répondre : « Vous oubliez, Monsieur, les collégiens ! »

Analyses de Mémoires français & étrangers

Manuel pratique du traitement de la diphtérie (sérothérapie, tubage, trachéotomie), par MM. Deguy et Weill. Introduction par Marfan. 1 vol. de 300 pages avec 69 figures. Paris, Masson, 1902.

MM. Deguy et Weill se sont proposé dans leur livre de faire connaître le traitement de la diphtérie, tel que l'ont établi les travaux du XIXe siècle, et surtout d'en indiquer la technique d'une manière très détaillée. Leur ouvrage est le miroir fidèle de ce qui se fait au pavillon de la diphtérie de l'hôpital des Enfants-malades, à Paris.

Au début, le diagnostic de la diphtérie est exposé de la manière la plus claire. On trouvera dans ce premier chapitre la technique du diagnostic bactériologique. C'était là une introduction tout à fait indispensable à un ouvrage où les auteurs tenaient avant tout à donner un traitement rationnel et véritablement scientifique. — L'étude de la sérothérapie vient ensuite. D'abord le sérum, avec ses différentes variétés suivant les pays, sa conservation, ses doses, l'évolution d'une diphtérie traitée par le sérum, toutes ces parties sont successivement étudiées avec une clarté et une concision qui ne laissent nul point dans l'obscurité. Le technique de la sérothérapie, les phénomènes généraux consécutifs, le traitement local et le traitement général en dehors de la sérothérapie, font l'objet des pages suivantes. Les lavages de la gorge, les vaporisations et pulvérisations, les soins à donner au nez, aux oreilles et à la peau occupent dans ce manuel toute la place qu'ils méritent et le texte est heureusement complété à leur sujet, comme plus loin à propos du tubage et de la trachéotomie, de photographies parlant aux yeux et de multiples figures d'instruments.

En ce qui a trait au tubage, on trouve ici la description des appareils à mandrin, puis celle des appareils sans mandrin. Parmi les premiers, l'instrumentation spéciale aux auteurs vaut qu'on s'y arrête. — L'appareil Deguy-Benjamin Weill diffère des instruments d'O'Dwyer et de Sevestre-Collin par la suppression du déclancheur, la substitution d'un verrou à pivot au verrou à glissière pour la fixation du mandrin, le choix d'un mandrin de calibre uniforme sur toute sa hauteur et la possibilité de transformation de l'introducteur en extracteur, par suite la suppression de l'extracteur. Ces avantages sont assez évidents pour se passer de commentaires plus étendus.

On étudie ensuite les fautes opératoires et accidents du

tubage, les complications qu'il peut entraîner, etc — La trachéotomie et ses divers procédés fait l'objet du chapitre VI : à noter d'intéressantes pages sur le traitement des sténoses laryngées métadiphtériques. — Le parallèle du tubage et de la trachéotomie, le traitement des complications de la diphtérie, l'étude des associations pathologiques de la maladie, remplissent les paragraphes suivants.— Vient enfin la prophylaxie, avec l'emploi des injections préventives : à ce propos les auteurs concluent que l'immunité artificielle produite par le sérum, malgré sa durée et son efficacité transitoires, est d'un grand secours dans la prophylaxie ; elle est un moyen qu'il ne faut pas négliger, et dont il ne faut pas craindre d'user, le cas échéant, car il est d'une innocuité absolue, malgré les petits accidents de la sérothérapie.

Un appendice est consacré à la médecine légale : déclaration obligatoire, certificats, accusations contre le médecin. Ainsi, le livre est aussi complet que possible, en ce qui a trait au diagnostic et au traitement. « J'ose croire, dit M. MARFAN, que MM. DEGUY et WEILL auront rendu service à leurs confrères ». On s'en convaincra aisément à la lecture. Les questions controversées ont été élaguées de parti-pris, mais M. MARFAN s'est chargé de les mentionner dans son intéressante préface. Elle contient une courte histoire de la diphtérie, depuis ARÉTÉE jusqu'au vingtième siècle, des vues d'ensemble sur le bacille et l'immunisation. Les vingt pages de cette introduction sont pleines d'enseignement et ajoutent encore à la valeur du travail si actuel de MM. DEGUY et WEILL.

La littérature concernant le traitement de la diphtérie est considérable, on ne l'ignore point. Ceux qui n'ont pas parcouru le présent manuel peuvent croire que le besoin ne s'en faisait pas sentir. Leur erreur est certaine : le praticien qui aura ce livre dans sa bibliothèque ira d'emblée à lui, pour tout renseignement qui lui manquera. Il n'en ira pas chercher d'autre, parce qu'il sera assuré d'y trouver clairement indiqué absolument tout ce qu'il faut savoir ; et, à coup sûr, ce n'est pas, pour un ouvrage médical, une qualité banale.

Dr I...

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 14 Février 1902

Présidence de M. DUTILLEUL, président.

Expériences d'immunisation contre le liquide hydatique

M. le Prof. **Surmont** et **M. Dehon** communiquent à la Société une note sur la « Détermination du point cryoscopique du liquide hydatique avec recherches osmotiques sur la membrane. Déductions pathogéniques ». Il en résulte : 1° Que le point de congélation du liquide hydatique est sensiblement égal à celui de la lymphe; $\Delta = -0°63$; 2° Que la membrane hydatique est perméable dans les deux sens aux substances cristalloïdes et colloïdes.

Ces constatations physiques expliquent le peu d'intensité des échanges moléculaires entre le parasite et son hôte et par suite, d'une part, la faiblesse de ses emprunts alimentaires, et d'autre part, le peu d'intensité des phénomènes toxiques dans la marche habituelle de la maladie.

Des faits précédents et de la constatation faite par M. VIRON d'une toxalbumine dans les liquides hydatiques, **MM. Surmont** et **Dehon** déduisent l'hypothèse d'une immunisation plus ou moins marquée de l'hôte vis-à-vis de petites doses de toxines hydatiques. Ainsi s'expliquent d'après eux, d'une part, les graves phénomènes d'intoxication qui suivent la rupture des kystes, ou leur évacuation incomplète (1), et d'autre part, ces faits relevés dans un grand nombre d'observations cliniques, à savoir : la non répétition à une seconde intervention opératoire des accidents toxiques (urticaire, fièvre, etc.) qui se sont manifestés à la première, la grande fréquence ou même la prédominance de ces accidents dans les premiers temps de l'évolution des kystes. On trouve dans la littérature d'assez nombreuses observations confirmatives de ces vues théoriques.

M. Verdun dit qu'il a injecté plusieurs fois dans le péritoine de lapins, 30 cc. de liquide hydatique sans accidents. Peut-être le lapin a-t-il une sorte d'immunité naturelle.

M. Surmont répond, qu'en effet, même chez l'homme, les résultats obtenus par injection sont des plus variables.

Maladie de Raynaud

M. Ingelrans présente en son nom et en celui de **M. Gaudier** une femme de 50 ans, atteinte d'asphyxie symétrique des mains. Les extrémités sont glacées et d'une couleur cyanotique foncée. L'engourdissement est des plus accentués ; il existe des crises de violentes douleurs spontanées. L'affection a débuté à l'âge de quinze ans et dure depuis trente-cinq ans, par conséquent. Au début, les doigts étaient simplement atteints de syncope ; la phase d'asphyxie n'est venue que plus tard et n'est vivement marquée que depuis six ans. La phase de gangrène n'est pas survenue, comme c'est fréquent.

L'hiver, les symptômes sont extrêmes. En 1879, elle s'est brûlée sans le sentir en se chauffant les mains. Parfois l'impotence est telle que la malade doit conserver son chapeau sur la tête, la nuit, si personne n'est là pour lui en enlever l'épingle d'attache. A ces moments-là, les mains deviennent noires comme de l'encre ; les émotions

(1) D'après MM. SURMONT et DEHON, une ponction incomplète en amenant des échanges osmotiques très intenses entre le kyste et les tissus de l'hôte, introduit dans ceux-ci, comme une rupture, une dose de toxines beaucoup plus élevée que celle qu'ils recevaient habituellement.

ravivent l'état d'asphyxie. Ménopause à 47 ans ; rien au cœur, pas de lésion rénale. Pouls normal ; étiologie incertaine.

M. Charmeil, au point de vue étiologique, dit qu'on peut diviser la maladie de RAYNAUD en deux formes : l'une liée à des altérations vasculaires, l'autre nerveuse et parfois hystérique. Il ne semble pas que, chez cette femme, le système vasculaire soit altéré. La cause de l'affection est donc obscure. Comme la maladie se termine parfois par sclérodermie et que celle ci a une pathogénie artérielle, semble-t il, l'asphyxie doit tenir souvent à des causes vasculaires.

M. Ingelrans rappelle que dans l'étiologie de cette maladie, on a tout invoqué, depuis l'aménorrhée jusqu'à l'ergotisme, aux infections variées, etc. LÉVI a, en effet, décrit une forme hystérique. Au point de vue anatomique, DEHIO déclare qu'on n'a point encore pratiqué un examen suffisant des tissus qui peuvent être en jeu dans la maladie de RAYNAUD. C'est une névrose vaso-motrice, par hyperexcitabilité des centres, comme RAYNAUD le pensait.

Œdème segmentaire

M. Brassart, interne des hôpitaux, présente, en son nom et en celui de **M. Ingelrans**, un homme d'une cinquantaine d'années qui est venu à l'hôpital de la Charité pour un œdème considérable de la main et de l'avant-bras droits. Aucune douleur : ni phlébite, ni compression, ni brightisme. Bref, on est amené à porter le diagnostic d'œdème segmentaire névropathique ; DEBOVE, en 1897, a signalé des faits de cette nature.

M. Dutilleul fait remarquer que le malade a une peau extrêmement lâche et que cette laxité doit singulièrement faciliter la production des œdèmes.

M. Lambret, à ce sujet, dit qu'il vient d'opérer un garçon de 17 ans, qui avait, à un des membres inférieurs, des varices et un œdème considérable. Cet œdème persistant sans changement, on fit un pli à la peau de la cuisse et de la jambe et on réséqua environ un tiers de la surface du tégument de ces régions. La longue durée des phénomènes œdémateux avait amené, chez ce sujet, un état éléphantiasique, comme c'est la règle.

Fibrome de l'utérus

M. Drucbert montre un fibrome utérin enlevé à une femme de 40 ans, qui avait eu deux enfants. Cette tumeur donnait d'abondantes hémorragies. Elle présente de nombreux polypes muqueux en forme de champignons.

Sclérose du pancréas ; Diabète

MM. Drucbert et **Ingelrans** présentent des coupes histologiques du pancréas d'une femme morte de coma diabétique dans le service de M. le professeur COMBEMALE. L'urine atteignait huit litres par jour avec 700 à 800 gr. de sucre. L'amaigrissement fit des progrès rapides ; de l'œdème apparut aux membres inférieurs ; puis vint le coma terminal. A l'autopsie, tuberculose pulmonaire, néphrite chronique et atrophie extrême du pancréas.

M. Curtis, qui a examiné les coupes, dit n'avoir jamais rencontré de sclérose si prononcée. Les cellules pancréatiques sont très rares et méconnaissables.

Cancer du sein chez l'homme

M. Gellé présente, au nom de **M. Dubar**, une pièce de cancer du sein chez un homme de 78 ans, récemment opéré. Depuis quinze ans, le malade portait, au niveau du mamelon, un nodule indolore. Un petit traumatisme le fit évoluer. Adhérences à la peau et au grand pectoral. Sous ce dernier, deux ganglions comme des noisettes. Petits ganglions axillaires.

M. Curtis dit que la tumeur est remarquable par sa présence chez un homme et par son volume. C'est un épithélioma très avancé, atypique, et bourré de ce qu'on nomme corpuscules parasitaires, dont la nature est inconnue.

M. Folet en a vu un cas chez un homme de 84 ans, qui avait cette tumeur sans le savoir et ne se fit pas opérer.

M. Colle a vu un cancer du sein envahir tout le thorax chez un adulte.

M. Le Fort a vu un cancer à évolution normale chez un adulte.

M. Drucbert connaît un malade opéré, il y a quatre ans, d'un lymphadénome de la mamelle, sans récidive.

Dilatation anévrysmale de l'aorte descendante

M. Curtis a trouvé à l'autopsie d'une femme atteinte de néphrite interstitielle et morte d'urémie, une dilatation fusiforme très étendue de l'aorte descendante contenant un énorme thrombus fibrineux. Aucune embolie. Pas de signes de syphilis, sauf épaississement du diploé et luette atrophiée ; les os étaient très fragiles.

M. Surmont croit que l'épaississement du diploé est de nature syphilitique. C'est l'opinion d'HERMANN.

M. Charmeil dit, qu'en effet, on trouve des cas de ce genre dans divers travaux. Pour beaucoup d'auteurs, l'anévrisme aortique serait toujours de nature syphilitique.

Panaris ; élimination d'une partie de la phalangette

M. Folet fait une communication sur ce sujet et présente une radiographie (*sera publié*).

Hystérectomie pour annexite

MM. Oui et **Davrinche** présentent les pièces d'une annexite. On a fait l'hystérectomie subtotale. L'ovaire et la trompe n'ont été trouvés qu'avec difficultés. La trompe était, en effet, adhérente à l'utérus en arrière et c'est à peine si on peut voir le canal tubaire tant les parois sont épaissies.

Volumineux kyste dermoïde abdominal pédiculisé sur les deux ligaments larges avec intégrité des deux ovaires.

M. Colle. — Une femme âgée de quarante ans, désire être délivrée d'un prolapsus utérin. L'examen montre dans le ventre une tumeur grosse comme une forte tête d'adulte, indépendante de l'utérus, très dure, très mobile, irrégulière. L'état général assez précaire fait hésiter entre deux hypothèses : kyste dermoïde ou tumeur maligne de l'ovaire. — Le prolapsus est complet.

Laparotomie. — Ascite abondant baignant de nombreux amas caséeux. La tumeur accouche très simplement. Elle présente à son pôle supérieur, une longue ligne d'adhérences épiploïques qui sont sectionnées. Son pôle inférieur montre deux pédicules qui se perdent sur la partie postérieure des ligaments larges, à droite et à gauche. Le pédicule droit est beaucoup plus volumineux et contient de gros vaisseaux. Ligature rapide des deux pédicules ; ablation de la tumeur. L'examen des parties ménage une surprise : les deux trompes et les deux ovaires, parfaitement sains et normaux, sont en place. Un peu au-dessus des ovaires et en dedans, les deux ligatures témoignent des points d'insertion à peu près symétriques des deux pédicules.

L'opération est terminée par une large hystéropexie. Guérison rapide sans incidents.

L'intérêt de cette observation réside tout entier dans l'incertitude concernant le point d'origine de la tumeur. Celle-ci, singulièrement dense et massive, est formée de petites poches kystiques remplies de sébum et de poils. En certains points, des os très durs ont obligé d'employer la scie pour permettre l'ouverture du néoplasme. D'autres points ont un aspect tel que l'on peut supposer y découvrir des éléments cellulaires appartenant aux organes les plus divers.

M. Curtis, auquel cette pièce a été présentée, nous a donné lecture d'un travail très documenté de Wilms (*D. Archiv f. Klin. medical Bd.*, 55, page 289, 1895) où celui-ci tend à prouver que les kystes dermoïdes, présentent des éléments empruntés aux trois feuillets, comme le nôtre, sont toujours des kystes ovariens.

Une seule observation lui a paru un instant s'inscrire en faux contre cette assertion. Il s'agissait d'une pièce de musée où un kyste dermoïde à éléments très multiples, dérivant de l'ectoderme, de l'endoderme et du mésoderme, semblait accolé à la face antérieure du ligament large, tout à fait indépendant d'un ovaire intact. Un examen minutieux de la pièce permit à Wilms de trouver en certains endroits toute une série de corps jaunes, absolument semblables à ceux de l'ovaire. Et Wilms n'hésite pas à la formation d'un kyste dermoïde aux dépens d'un ovaire aberrant.

L'examen plus complet de notre pièce permettra peut-être à M. Curtis semblable constatation.

Il était intéressant au point de vue purement clinique de signaler pareille tumeur, pédiculisée sur les ligaments larges (d'une façon vraisemblablement factice et par adhérences d'un côté, mais par un véritable faisceau vasculaire de l'autre), avec intégrité absolue des deux ovaires.

Avec Wilms et M. Curtis nous croirions volontiers qu'il s'agit d'un kyste développé aux dépens d'un ovaire complémentaire ou encore de quelque formation dermoïde primitivement enclavée dans l'ovaire normal et secondairement luxée de l'organe, puis pédiculisé.

M. Le Fort émet, à ce sujet, l'hypothèse qu'il pourrait s'agir d'un ovule non fécondé émigré dans l'abdomen et se développant par parthénogenèse. Ce serait une grossesse extra-utérine spontanée sans fécondation.

M. Colle répond qu'on peut penser à cette cause quand la tumeur est complètement isolée, mais ici elle était attachée à l'ovaire par un pédicule.

Kyste hydatique suppuré du foie

M. Davrinche, interne des hôpitaux, présente la membrane d'un kyste enlevé par M. Folet. La malade avait eu, il y a deux ans, une affection thoracique à droite. Depuis un certain temps, elle présentait des troubles gastriques et du dégoût pour les graisses. Récemment, de la fièvre était apparue. A la palpation, on sent une tumeur abdominale, descendant à deux travers de doigt en dessous de l'ombilic, suivant le diaphragme pendant la respiration. Deux litres de pus s'échappent de cette tumeur au moment de l'opération. En même temps, évacuation de deux poches hydatiques. La malade a guéri.

M. Verdun montre les crochets du tœnia qu'il a trouvés dans le liquide de ce kyste.

M. Surmont fait remarquer qu'il y a eu chez la malade une première phase avec accidents thoraciques et une seconde avec dégoût des graisses ; ces deux signes pouvaient mettre sur la voie du diagnostic.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le VIe **Congrès français de Médecine** se réunira à Toulouse, pendant les vacances de Pâques 1902, sous la présidence de M. le professeur Lemoine (de Lille).

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° *Insuffisance hépatique.* — Rapporteurs : MM. les professeurs Charrin (de Paris), Ducamp (de Montpellier), Ver Eecke (de Gand).

2° *Les convulsions chez l'enfant.* — Rapporteurs : MM. les professeurs Moussous (de Bordeaux), d'Espine (de Genève).

3° *Les médicaments d'épargne.* — Rapporteurs : MM. les professeurs SOULIER (de Lyon), HENRIJEAN (de Liège).

De plus, des séances seront réservées aux communications diverses présentées par MM. les membres du Congrès.

Les rapports seront adressés à tous les adhérents titulaires en temps utile pour qu'ils en prennent connaissance avant la réunion du Congrès.

Les sujets des communications doivent être remis avant le 10 mars, pour être compris dans les programmes et ordres du jour distribués avant la réunion du Congrès.

Des démarches sont faites auprès des Compagnies des chemins de fer afin d'obtenir la réduction de tarifs habituelle.

NOTA. — Les adhésions et demandes de renseignements peuvent être adressées à l'un des membres du bureau du Congrès, à Toulouse :

MM. les Drs MOSSÉ, 36, rue du Taur.
CAUBET, 44, rue d'Alsace-Lorraine.
SAINT-ANGE, 13, rue des Chapeliers.
PARANT, 17, allées de Garonne.

La cotisation est de vingt francs pour les membres *titulaires* (docteurs en médecine), et de dix francs pour les membres *associés* (étudiants en médecine, dames et personnes non docteurs en médecine s'intéressant aux sciences médicales).

Les adhérents peuvent adresser dès maintenant leur cotisation ou bien, s'ils le préfèrent, M. le Dr PARANT, trésorier, leur en fera présenter ultérieurement par la poste la quittance, augmentée des frais de recouvrement.

Association des Anatomistes

La quatrième réunion de l'**Association des Anatomistes** aura lieu à Montpellier, à la Faculté de Médecine, les 24, 25 et 26 mars prochain (à 9 heures du matin), sous la présidence de M. le professeur SABATIER, doyen de la Faculté des Sciences ; MM. les professeurs VIALLETON, GILIS, JOURDAN, vice-présidents.

Tous les anatomistes sont invités à y prendre part.

— Les auteurs de travaux de **Chimie physiologique ou pathologique** sont instamment priés de bien vouloir envoyer un exemplaire de leurs publications au Dr ZUNZ, 67, rue de la Loi, à Bruxelles, pour le « *Jahresbericht für Tierchemie de* MALY ».

UNIVERSITÉ DE LILLE

M. le docteur MAUPATÉ, médecin adjoint à l'asile d'aliénées de Bailleul, est nommé médecin-directeur à l'asile de Naugeat (Haute-Vienne). Est nommé pour le remplacer, M. le docteur MARCHAND. Nous adressons à nos deux confrères nos félicitations pour leur promotion.

— Nous relevons dans le décret du 9 février 1902 portant nomination au grade de médecin aide major de 2e classe de réserve les noms de MM. les docteurs VERSTRAETE, de Lille ; DORION, de Rue (Somme) ; DEPOUTRE, de Roubaix ; VALLÉE, de Lille ; DEFOSSEZ, de Templeuve (Nord) ; MAES, d'Allouagne (Pas-de-Calais) ; TRUFFIER, d'Arras ; FOUQUET, de Saint-Amand (Nord) ; ACHERAY, de Mons-en-Barœul (Nord) ; DELDALLE, de Mouveaux (Nord) ; VANDEPUTTE, de Lille ; BOUVIER, de Savonnières-en-Perthois (Meuse).

SOUTENANCES DE THÈSES

M. G.-J. DUBIQUET, d'Annœux (Nord), ancien interne des hôpitaux de Lille, a soutenu avec succès, le mardi 18 février 1902, sa thèse de doctorat (6e série, n° 69) intitulée : **L'asphyxie des extrémités, symptôme d'insuffisance rénale.**

— M. C.-D. LEURIDAN, de Steenwerck (Nord), interne à l'asile d'aliénées de Bailleul, a soutenu avec succès, le vendredi 21 février 1902, sa thèse de doctorat (6e série, n° 70), intitulée : **Contribution à l'étude de la paralysie générale chez la femme : la paralysie générale à l'asile de Bailleul.**

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS

Société de chirurgie. — Sont élus correspondants nationaux : MM. les docteurs CHAVANNAZ, de Bordeaux ; IMBERT, de Montpellier ; MARTIN, de Rouen ; DELAGENIÈRE, de Tours ; TOUBERT, médecin militaire.

HOPITAUX & HOSPICES

Lyon. — M. le docteur BARJON est nommé après concours médecin des hôpitaux.

Le Hâvre. — M. le docteur Maurice GUILLOT est nommé après concours chirurgien adjoint des hôpitaux.

UNIVERSITES DE PROVINCE

Amiens. — M. BERNARD, professeur d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine, est nommé professeur honoraire.

Angers. — M. le docteur LEGLUDIC, professeur de physiologie, est nommé directeur de l'Ecole de médecine.

Clermont-Ferrand. — M. le docteur DIEULAFÉ est nommé, après concours, professeur suppléant d'anatomie.

Nantes. — M. le docteur HEURTAUX, professeur de clinique chirurgicale, est admis à la retraite à partir du 1er avril 1902 et nommé professeur honoraire.

Distinctions Honorifiques

Médaille des épidémies. — La médaille d'or est décernée à M. le docteur SANDRAS, d'Oran (Oran).

Officier d'académie. — M. le docteur ROL (d'Asnières), est nommé officier d'académie.

Mérite agricole. — M. le docteur POIRIER, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est nommé chevalier.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs PASSOT, de Lyon (Rhône) ; POIDEVIN, de Segré (Maine-et-Loire) ; DEYNAUD, de Pellegrue (Gironde) ; MONDOTTE, de Bordeaux (Gironde) ; CHÉDEVERGNE, directeur de l'Ecole de médecine de Poitiers ; BARBÉ-GUILLARD, directeur de l'Asile d'aliénés de Béhon (Côtes-du-Nord) ; HOBON, d'Alençon (Orne) ; LEDROLLE, de Pintheville (Meuse) ; MAUGER-LAVANTHE, de Gers (Manche) ; THÉRÈSE, de Paris ; QUENOUILLE, de Sens (Yonne).

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 268. Sixième Année. N° 9. Le Numéro : **10** centimes. 2 Mars 1902

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un cas de paramyoclonus multiplex

Par le docteur **G. Raviart**, Médecin-adjoint à l'asile d'aliénés d'Armentières (Nord)

Observation. — M... Henri, 21 ans. Ouvrier serrurier, entre à l'asile de Dury-lez-Amiens le 26 décembre 1900.

Antécédents héréditaires. — Grands-parents paternels morts très âgés, la grand'mère est morte, à 75 ans, d'apoplexie cérébrale. Le grand'père maternel, mort à 55 ans, avait des coliques néphrétiques et de la « goutte sciatique », la grand'mère, morte plus jeune à la suite d'un refroidissement.

Un oncle paternel est bizarre d'allures, cinq autres sont bien portants.

Une tante maternelle a un fils névropathe à qui on dut donner des douches.

Le père a 50 ans, il est bien portant, très intelligent.

La mère a 46 ans, elle est calculeuse et sujette à de fréquentes migraines. Trois enfants, l'un est mort à 18 mois, le dernier, garçon de 12 ans, est bien portant, intelligent, il est assez irritable.

Notre malade est l'aîné ; venu à terme mais après un accouchement difficile, nous relevons comme maladies de l'enfance, la rougeole et la scarlatine.

A cinq ans, il va en classe où il se montre très intelligent et très travailleur, et jusque seize ans il tient constamment la tête de sa classe.

A 12 ans surviennent des névralgies du trijumeau très fréquentes et très douloureuses. Ces névralgies, qui revêtaient la forme d'accès, naissaient à l'occasion du froid, après un travail intellectuel prolongé, souvent après les repas ; brusquement la douleur survenait, frappant un côté de la face, le côté droit le plus souvent, elle durait environ une demi-heure, parfois aussi deux et même cinq jours sans discontinuer, cinq journées, durant lesquelles le malade ne pouvait manger ni dormir, puis brusquement « comme si quelqu'un l'enlevait tout à coup, » elle disparaissait. Elle n'était pas accompagnée de contractions musculaires. Jusque seize ans, ces névralgies tourmentèrent notre malade, plus fréquentes aux changements de saison ; en mars, plus rare en hiver qu'en été. Elles furent particulièrement longues et fréquentes à l'âge de 13 ans. Le malade avait à cette époque de fréquentes épistaxis.

Entre 15 et 20 ans M... jouit d'une santé relativement satisfaisante, les névralgies faciales étaient beaucoup plus rares et moins douloureuses, par contre il éprouvait de temps en temps des douleurs fugaces, erratiques qui passaient dans le dos, descendaient dans les jambes.

Pendant l'été de 1900, alors qu'il se trouvait à Paris visitant l'Exposition, il fut culbuté par un cheval, d'où grande frayeur ; rentré chez lui, il commença à présenter quelques troubles mentaux, il se figura qu'il était indispensable dans son usine ; puis apparurent quelques idées de persécution, « on travaillait contre moi », nous dit-il, il se figurait que ses camarades d'atelier, jaloux de ses capacités, voulaient entraver son travail, un vieil ouvrier l'aurait traité de paresseux. A côté de ce mélange d'idées de grandeur et de persécution, on pouvait constater chez M... une irritabilité très grande ; ainsi qu'il le dit lui-même, il se « trouvait surexcité, de voir du monde autour de lui ».

Cet état durait depuis plusieurs mois lorsque vers la fin du mois de novembre, le malade, après avoir été exposé à la pluie et au courant d'air, eut « un coup de froid à la tempe », rentre chez lui dans un état de surexcitation extrême, on dut l'aliter.

Il eut alors, nous disent ses parents, des crises très fortes, il gesticulait, sautait debout sur son lit, les bras et la tête étaient le siège de soubresauts, il parlait avec volubilité, « divaguait, barbotait », puis avait des frayeurs et « poussait des cris terribles comme quelqu'un qu'on égorge »,

Après cette crise M... eut pendant une demi-heure des mouvements convulsifs du bras droit, puis fut assez tranquille jusqu'au lendemain soir, où il eut une nouvelle crise ; un peu avant, il s'affaissait, manquait de volonté, n'avait plus l'énergie de se déshabiller, souffrait de la jambe droite. Pendant trois jours il eut de grandes crises, elles diminuaient d'intensité les quatrième et cinquième, puis disparurent.

Durant ces cinq jours, notre malade, bien que n'ayant point perdu connaissance, était assez obnubilé, il ne se « rendait pas compte de l'emploi du temps, entendait de nombreux bruits de cloche (l'église est voisine de sa demeure) et cela lui semblait drôle, il pensait que tout le village s'occupait de lui » enfin il éprouvait des sensations pénibles de froid, et d'étranglement (sensation de constriction de la gorge).

Pendant quinze jours le malade fut dans un état presque normal, et vers le 15 décembre apparurent dans tout le corps des secousses musculaires.

Ces secousses, que nous allons étudier en détail, augmentèrent rapidement d'intensité, le malade, devenu plus irritable, déchirait ses effets, s'arrachait les cheveux, de sorte que, au bout de dix jours, la famille, incapable de continuer à le soigner, se décidait à le placer à l'asile de Dury, où nous l'avons observé.

De taille moyenne, paraissant bien proportionné, ne présentant pas de malformations indicatrices de la dégénérescence héréditaire, notre malade avait les traits fins, la mine intelligente, l'œil vif. A peine avions-nous commencé à l'interroger que nous remarquions que des secouses brusques survenaient tantôt dans les muscles de la face, tantôt en un point quelconque du corps ; il présentait en outre un état d'obtusion des facultés intellectuelles qui l'empêchait de répondre à nos questions, de sorte que ce n'est qu'au bout de quelques jours que nous pûmes obtenir de lui les renseignements nécessaires à l'étude qui suit :

Secousses musculaires. — Ces secousses étaient très variables comme nombre, comme durée, comme étendue.

Tantôt survenait une seule secousse brusque assez intense pour déplacer le bras ou pour faire fléchir le malade, secousse isolée ne se répétant qu'à de longs intervalles ; tantôt au contraire les secousses se présentaient par séries sous forme de crises, elles se succédaient très rapidement et on aurait pu en compter au mois 100 par minute, enfin des contractures fibrillaires parcouraient les membres et agitaient la peau, à l'avant bras droit surtout.

Ces diverses formes de contractions musculaires, n'existaient que séparément, et se produisaient dans l'ordre suivant :

1° Séries de secousses (contractions cloniques).
2° Secousse isolée.
3° Secousses vermiculaires (contractions fibrillaires).

Presque tous les muscles étaient le siège de ces secousses, mais les muscles plus particulièrement atteints étaient ceux de la face, le biceps du bras droit, les jumeaux.

Tête. — Au cours des accès les plus violents, la tête était portée dans toutes les directions, et le malade se la cognait parfois aux meubles.

La presque totalité des petits muscles de la face étaient pris, successivement ils étaient le siège de secousses, ce qui donnait à la figure de notre malade un aspect grimaçant, l'élévateur propre de la lèvre supérieure, le canin, le buccinateur droits étaient les muscles le plus souvent frappés ; les masseters par leur contracture donnaient lieu a une sorte de trismus, mais les ptérygoïdiens n'étaient pas convulsés et il n'y avait pas de grincement.

La langue était également le siège de mouvements « elle tournait dans la bouche » mais cela n'entravait ni la parole ni la déglutition.

Les muscles du *tronc* étaient aussi le siège de contractions qui entravaient les mouvements respiratoires, la respiration était alors saccadée.

Les *bras* étaient très inégalement atteints, le bras gauche l'était beaucoup moins que le droit ; le bras droit était la partie du corps la plus convulsée, et tantôt le siège de mouvements brusques et très étendus mais uniques au cours desquels le malade se heurtait aux objets avoisinants ; tantôt littéralement secoué pendant un temps variable par une succession ininterrompue de secousses déterminant de rapides mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras, sur les bras et des mouvements de tous les doigts, tantôt enfin les muscles de l'avant-bras droit étaient le siège de contractions vermiculaires qui agitaient la peau.

Les membres inférieurs étaient moins secoués que le bras droit, on constatait surtout des mouvements de flexion et d'extension des cuisses et des jambes, au moment des accès le malade frappait le sol du talon et ce mouvement était absolument comparable « à celui que l'on fait avec les jambes pour surprendre ou effrayer une personne ou un animal » (Marie).

En dehors des accès, les membres inférieurs étaient parfois le siège de mouvements brusques de flexion qui déterminaient une chute, un véritable effondrement du malade. Il n'y avait ni mouvements du pied, ni mouvements des orteils.

Ces secousses involontaires apparaissaient sous forme de crises tous les jours, vers le soir à six heures par exemple, elles étaient alors tellement fortes que le malade ne pouvait plus se tenir debout et qu'il fallait le coucher, après quelques minutes ces secousses, qui prédominaient à droite, diminuaient d'intensité et pendant une demi-heure environ les membres, au lieu d'être agités, étaient simplement le siège d'une sorte de tremblement. Ensuite apparaissaient à de longs intervalles des secousses isolées et enfin des secousses vermiculaires.

Pendant la journée le malade présentait très irrégulièrement des secousses tantôt isolées tantôt en courtes séries qui déterminaient les mouvements musculaires précédemment décrits.

Tous ces mouvements apparaissaient, étaient exagérés ou disparaissaient, sous l'influence d'agents modificateurs divers :

La *volonté,* quand il s'agissait des crises les plus violentes, était absolument sans action, mais elle exerçait une réelle influence sur les secousses de moindre intensité et de moindre fréquence.

Le malade pouvait quelquefois empêcher les secousses de se produire, une fois commencées, il parvenait à les modérer et en employant toute son énergie à les faire cesser. Quand nous lui donnions l'ordre formel de cesser ses mouvements, M... parvenait presque toujours à les modérer et même à les arrêter.

Les *mouvements volontaires* qui ne pouvaient être effectués pendant les crises étaient au contraire facilement accomplis lorsque les secousses étaient moins violentes, le malade écrivait aisément ; d'autre part, les secousses de la langue n'entravaient ni la parole ni la déglutition ; enfin, ainsi que nous allons le voir à propos de la marche, les mouvements volontaires exerçaient même une influence d'arrêt.

Les *diverses attitudes* prises par le malade exerçaient sur

les secousses une action bien différente. Ecoutons plutôt le malade : « Quand je me mettais au lit, qu'il m'était impossible de marcher, les secousses se produisaient plus facilement, tandis que si je le pouvais, la marche me les atténuait et pour cela *il me fallait marcher et même courir*, la position assise ne m'était pas favorable.

Pendant que nous l'interrogions et qu'il était assis, nous l'avons vu souvent le bras droit secoué rapidement par de nombreuses contractions musculaires, au contraire lorsqu'il marchait nous ne le vîmes qu'une fois pris de secousses intenses. Au début de son séjour à l'asile, les crises se produisaient surtout au lit et il se cognait les membres aux parois du lit.

Les excitations périphériques. — La percussion du tendon rotulien ne provoquait pas les secousses.

Le *froid* exerçait une action provocatrice très marquée, de même le changement brusque de température, l'influence du froid persiste même encore aujourd'hui.

Etats psychiques. — Quand M... était seul et ne se sentait pas observé, les secousses se produisaient, mais moins accentuées que lorsqu'on l'observait.

La peur, les émotions diverses provoquaient les secousses, par contre la conversation avec ses parents « produisait un apaisement. »

La lecture les accroissait, ainsi que tout travail demandant une certaine fatigue oculaire.

Sommeil. — Pendant le sommeil les secousses ne se produisaient pas, mais il arrivait quelquefois au malade de s'éveiller brusquement en sautant et tout se bornait là, où bien il était pris de frayeur sans pouvoir préciser pourquoi et il se mettait à trembler.

La *force musculaire* était conservée.

Réflexes. — Le réflexe rotulien était augmenté des deux côtés, il était très exagéré surtout à droite.

Du côté des *muscles de la vie organique*, signalons les troubles respiratoires qui se produisaient pendant les secousses ; le hoquet et des borborygmes liés aux secousses.

Il n'y avait ni troubles de la parole, ni gêne de la déglutition :

Quelques troubles vaso-moteurs tels que rougeur subite de la face, sécrétion abondante de larmes et d'urine existaient chez M...

Troubles de la sensibilité. — *Sensibilité subjective.* — Les secousses musculaires étaient précédées d'un engourdissement de la région qui allait en être le siège. Le malade voulait-il empêcher la production de ces secousses, il ressentait à leur place une crampe douloureuse dans les muscles intéressés.

Les contractions étaient accompagnées de sensations diverses. Les *contractions cloniques* s'accompagnaient à la face de la sensation d'un courant électrique rapide et interrompu parcourant toute la face et l'obligeant à fermer les yeux ; aux membres inférieurs, de la sensation d'un courant électrique montant des pieds aux genoux.

Les *contractures fibrillaires* des muscles de l'avant-bras droit « produisaient intérieurement la sensation d'un canal dans lequel on aurait successivement interrompu et rétabli la circulation ».

Les secousses terminées le malade éprouvait de la fatigue au niveau des régions agitées.

Enfin dans l'intervalle des secousses, notons du fourmillement et quelques douleurs dans la jambe et l'épaule droite.

Au milieu du thorax se produisaient quelquefois « des lancées » qui coupaient la respiration et pendant quelques minutes, M... respirait très doucement de crainte de les voir se reproduire.

Pendant les grandes crises du début, notre malade éprouvait une sensation de constriction de la gorge excessivement gênante au point qu'il se griffait la région et qu'on devait doucement, sous peine, nous dit-il, de prolonger sa crise, l'empêcher d'y porter la main. Il n'éprouvait plus cette sensation au moment où il se présenta à notre examen. Il n'a jamais éprouvé la sensation dite du casque neurasthénique.

Sensibilité objective. — La sensibilité était intacte dans ses divers modes. Pas de zones d'anesthésie, il était en revanche d'une sensibilité extrême au chatouillement.

Organe des sens. — Réflexes *oculaires* normaux, pupilles égales, dilatées. Pas de rétrécissement du champ visuel, pas de dyschromatopsie. M... eut toujours plus ou moins de diplopie, c'est ainsi qu'une ligne transversale vue à une distance de cinquante centimètres lui paraissait double, à une moindre distance elle lui paraissait simple. Encore aujourd'hui, le malade a de la diplopie transitoire.

Pas de modification de l'odorat, de l'ouïe et du goût.

Troubles psychiques. — Nous avons vu au début de cette étude, que M... présenta d'abord un mélange d'idées de grandeur et de persécution, idées délirantes non systématisées, non basées sur des hallucinations ; à ce trouble des idées se joignit bientôt du désordre des actes, le malade déchirait ses effets, s'arrachait les cheveux. Très irritable, il éprouvait, nous dit-il, un besoin de changer de milieu, la vue de l'entourage habituel le fatiguait, lui « troublait les idées ».

C'est alors qu'on l'amena à l'asile de Dury. Il fut pendant quatre à cinq jours dans un véritable état de confusion mentale, ayant perdu toute notion de temps et de lieu, étant presque complètement désorienté, il écrivit alors à sa famille une lettre reflétant bien cet état de désorientation. Le second jour il escalada le mur d'enceinte de l'établissement et au moment où on partait pour se mettre à sa recherche, on le retrouva près de la porte d'entrée lisant une affiche qui s'y trouvait apposée. M... ne fit aucune difficulté pour rentrer, il ne put nous expliquer d'ailleurs le but de son escapade. Cet état de confusion fut transitoire, après quelques jours et consécutivement à deux interrogatoires il fut comme il le dit « bien éclairci », et il voyait les choses à leur véritable point de vue.

Les idées de persécution peu intenses ne tardèrent pas à disparaître à leur tour, M... ayant « reconnu la fausseté de ses idées après avoir constaté chez un vieillard de 73 ans, arrivé après lui, les mêmes dérangements cérébraux ».

La période de confusion passée, il put nous raconter par le menu tout ce qui lui était arrivé, il ne présentait en somme aucun trouble de la *mémoire*.

Il n'eut jamais ni *rêves*, ni *cauchemars*, ni *vertiges*. Pas d'écholalie, pas d'échokinésie, pas de coprolalie.

Entré le 26 décembre 1900 à l'asile, M... s'améliora très rapidement, ainsi qu'on l'a vu plus haut ; l'état de confusion mentale des premiers se dissipa très vite, les idées de persécution peu marquées d'ailleurs au moment de l'entrée disparurent à leur tour. Quant aux secousses musculaires assez fréquentes au début et se présentant sous forme de crises étudiées plus haut, elles ne subsistaient plus après quelques semaines de séjour, que sous la forme de secousses isolées apparaissant tantôt à la face, tantôt au bras droit, lorsque le malade était ému ou qu'il était exposé au froid. De sorte que le 17 mars 1901 il pouvait sortir presque complètement guéri.

Le *traitement* mis en œuvre fut des plus simples, aucun médicament ne fut ordonné. Quelques douches froides, courses, suivies de frictions, un travail manuel varié et modéré, quelques distractions, une alimentation copieuse et riche en matières albuminoïdes, la suggestion à l'état

de veille, les exhortations du personnel qui l'engageait à lutter contre les secousses, et surtout l'isolement tant apprécié du malade lui-même furent les seuls moyens mis en œuvre.

Depuis son retour chez lui, M..., eut une violente névralgie faciale qui disparut après l'extraction d'une dent cariée.

Il n'a plus présenté de troubles mentaux. Quant aux secousses musculaires, elles n'ont plus attiré son attention. Il est demeuré très sensible au froid qui lui occasionne encore aujourd'hui « un tremblement convulsif des jambes, du corps, et des mâchoires. » Enfin, il a parfois un peu de diplopie.

En résumé, il s'agit d'un garçon de vingt et un ans, bien développé, ne présentant pas de signes physiques de dégénérescence, sur qui pèsent lourdement des tares héréditaires *neuro-arthritiques*.

De douze à seize ans, il souffre de *névralgies faciales*.

De seize à vingt ans, période de calme, quelques douleurs fugaces, erratiques.

A vingt ans, à la suite d'une grande *frayeur*, apparition de quelques idées de grandeur et de persécution, et d'un état d'irritabilité nerveuse.

A quelques mois de là, consécutivement à un *refroidissement*, exagération des troubles et apparition de *crises* de nature vraisemblablement *hystérique*.

Puis, courte période de calme suivie de la production de *secousses musculaires* involontaires, brusques, dans toute l'étendue du corps et principalement dans le bras droit et la face, ces secousses, qui revêtaient tantôt la forme de *contractions cloniques* isolées ou se succédant rapidement, tantôt celle de *contractions fibrillaires*, étaient exagérées par les émotions, le froid, la position assise ou couchée ; et modérées, arrêtées ou empêchées par l'attention, les mouvements volontaires, la volonté, la marche et la course.

Elles se produisaient parfois pendant le *sommeil* et réveillaient alors le malade.

Du côté des muscles de la vie organique, ces secousses se traduisaient par de l'irrégularité respiratoire, du hoquet, des borborygmes.

Elles étaient précédées d'*engourdissement* accompagnées de la sensation d'un *courant électrique* suivies de *fatigue* sous la région frappée. Au moment des grandes crises, sensation de constriction de la gorge. Dans leurs intervalles, fourmillements, douleurs intra-thoraciques.

Pas d'anesthésie, un peu d'hyperesthésie. Du côté des organes des sens rien qu'une diplopie transitoire.

Les *troubles psychiques* consistèrent en une période d'excitation suivie d'un état de confusion mentale de courte durée.

Ce *traitement* consista dans l'isolement et la suggestion à l'état de veille.

Après un séjour de trois mois à l'asile, le malade sort guéri ; il n'a rien eu depuis un an.

Diagnostic. — Quelle est la nature des secousses musculaires présentées par notre malade ? A quelle affection doivent-elles nous faire songer ?

Rappelons d'abord leurs caractères : Elles étaient involontaires, instantanées, brusques, rapides, intermittentes, elles ne produisaient jamais de mouvements coordonnés et ressemblaient à des secousses électriques, elles étaient influencées par la position du malade et réveillées ou exagérées par le froid et les émotions.

Ces caractères nous font immédiatement songer aux mouvements choréiformes et c'est avec les affections au cours desquelles ils se présentent que nous devons faire le diagnostic.

Les mouvements de l'*athétose double* sont différents ; continus, ils portent principalement sur les extrémités des membres, et leur moelleux, leur lenteur contrastent avec la brusquerie des secousses de M...

Dans la *chorée de Sydenham*, les mouvements sont plus étendus, moins rapides et ne cessent ordinairement pas sous l'influence de la volonté.

Le diagnostic de *chorée rythmique hystérique* est incompatible avec les caractères des secousses et des mouvements désordonnés observés ici.

Au contraire il semble bien qu'on doive songer à une des affections caractérisées par des contractions musculaires cloniques et réunies par Raymond sous le nom de Myoclonies : La Maladie des tics, de Charcot, Gilles de la Tourette et Guinon, la Chorée electrique, de Hénoch-Bergeron, et le Paramyoclonus multiplex, de Friedreich.

Malgré quelque similitude, nous ne rattacherons pas notre cas à la *Maladie des tics*, qui en diffère par l'insidiosité du début, la ressemblance de ses secousses à des gestes et des mouvements de la vie ordinaire, le défaut d'influence des excitations périphériques et particulièrement du froid, et enfin par la coprolalie, l'écholalie et l'échokinésie que nous n'avons pas constatées chez notre malade.

Comme dans la *Chorée électrique*, au contraire, les contractions musculaires apparaissaient avec la rapidité de l'éclair, et paraissaient provoquées par le passage d'un courant électrique ainsi que le malade le disait fort bien, même brusquerie, même instantanéité, même augmentation des réflexes tendineux, même incoordination des mouvements involontaires.

Mais ces caractères sont également ceux du *Paramyoclonus*, qui présente en outre avec ce que nous avons observé chez M... de nombreuses analogies : Mêmes variétés de secousses ; contractions cloniques isolées ou en série, contractions fibrillaires, se produisant successivement. Comme dans la maladie décrite par Friedreich, les mouvements volontaires étaient possibles et dès le second jour de son arrivée à Dury, M... qui cependant avait de fréquentes secousses dans le bras droit, écrivait à ses

parents sans que son écriture dénote en quoi que ce soit l'existence de ces secousses. La *Volonté* exerçait également une action d'arrêt, la marche et surtout la course, modéraient les mouvements qui s'exagéraient au contraire dans la position assise et surtout couchée. De même que dans le Paramyoclonus multiplex, les émotions et surtout le froid provoquaient ou exagéraient les secousses et celles-ci se produisaient également pendant le sommeil, éveillant le malade en sursaut.

Mêmes troubles des muscles de la vie organique, mêmes troubles de la sensibilité. Enfin, mêmes facteurs étiologiques : froid, frayeur.

Il n'est pas jusqu'à l'état de confusion mentale présenté par notre malade qui n'ait été décrit.

Nous nous croyons donc autorisé, bien que notre observation soit incomplète sur plus d'un point, à porter chez M... le diagnostic de PARAMYOCLONUS MULTIPLEX.

Il nous reste maintenant, si le paramyoclonus est comme on l'a dit un syndrôme commun à plusieurs maladies, à voir à quelle affection nous pouvons le rattacher ici. Notre malade est sorti guéri et depuis un an n'a pas cessé d'être en bonne santé, de sorte qu'il ne peut s'agir de *lésions graves du système nerveux*.

S'agit-il de *Neurasthénie*, nous ne le pensons pas, et nous n'avons pas relevé les stigmates de cette névrose.

L'*Hystérie* au contraire nous paraît en jeu, bien que nous n'en ayons pas constaté tous les signes, les crises que présenta le malade avant son entrée à l'asile nous semblent pouvoir être rattachées à la grande névrose, de même la sensation de constriction à la gorge dont il s'est plaint fréquemment, peut-être aussi la diplopie.

Devons nous pour cela faire du paramyoclonus un syndrome hystérique dans l'espèce? Nous serions plutôt tenté de mettre sur un même plan les névralgies faciales qui tourmentèrent si longtemps notre malade, les troubles multiples de la sensibilité, les crises hystériformes, les troubles mentaux, et le paramyoclonus qu'il a présentés, et de les faire dériver de l'action sur un terrain frappé de dégénérescence neuro-arthritique des différents facteurs étiologiques que nous avons relevés : froid, frayeur, surmenage intellectuel.

Clinique chirurgicale de l'Hôpital de la Charité

Sur la pathogénie de quelques kystes du mésentère

Par le docteur G. Potel, assistant de clinique.

La confusion qui, pendant si longtemps, a régné dans la description des kystes du mésentère, tient à ce fait que l'on englobait sous une même rubrique des tumeurs très différentes d'origine et de nature.

La pathogénie des kystes mésentériques est en effet extrêmement complexe et si la forme clinique à laquelle aboutissent ces tumeurs est souvent identique, au moins leur point de départ est-il souvent fort différent.

Deux catégories de kystes du mésentère doivent d'abord être complètement mises à part ; leur étiologie est bien connue. Ce sont :

1° Les *kystes hydatiques* qui forment le gros contingent des kystes développés dans cette région.

2° Les *kystes dermoïdes* dérivés soit des organes segmentaires situés chez l'embryon au devant de la colonne vertébrale, c'est-à-dire le pronéphros et le corps de WOLFF (AUGAGNEUR), soit des diverticules de REMAK (LOHLEIN).

Mais, en dehors de ces tumeurs, il existe toute une série de kystes dont nous voudrions, à propos d'un cas personnel, discuter la pathogénie.

Voici d'abord notre observation :

Madame S... 53 ans, se présente à notre consultation en mai 1901, demandant un traitement pour les crises de coliques hépatiques auxquelles elle était sujette depuis quelque temps.

Les antécédents héréditaires n'offrent rien de bien particulier à rappeler. Les renseignements que nous fournit la malade à ce sujet sont un peu confus.

Les antécédents personnels sont plus intéressants. La malade a eu à l'âge de quatre ans le carreau (tuberculose des ganglions mésentériques). Elle se souvient très bien avoir été gravement malade à cette époque, avoir eu un abdomen volumineux, etc.

La jeunesse se passa sans encombre. La malade se maria et eut trois enfants, actuellement vivants et bien portants. La ménopause survint à 48 ans.

Il y a deux ans, apparurent les troubles pour lesquels la malade vient nous consulter aujourd'hui.

A cette époque, la malade fut prise brusquement d'une douleur violente au niveau de la région épigastrique. Cette douleur dura plusieurs jours, avec des alternatives d'exagération et d'accalmie. Pas d'irradiation dans l'épaule, pas de vomissements. Pas de trouble notable de la miction ou de la défécation. Le médecin appelé porta le diagnostic de colique hépatique. L'erreur était d'autant plus facile, que la malade nous dit elle-même ne s'être pas prêtée à un examen complet. De plus la malade présente encore actuellement une teinte franchement subictérique.

Le médecin administra un calmant et les phénomènes disparurent.

Ces crises se renouvelèrent cinq ou six fois depuis cette époque. Aussi, la malade, convaincue qu'elle est sujette aux coliques hépatiques, vient nous demander un régime sérieux qu'elle est bien décidée à suivre.

Nous examinons la malade, et à son grand étonnement nous découvrons, dans l'hypochondre gauche,

la présence d'une tumeur volumineuse, grosse comme une tête d'adulte. Cette tumeur occupe le flanc gauche. Ses limites sont : en haut, deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde ; à droite, trois travers de doigt à droite de la ligne blanche ; en bas, une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à deux centimètres au-dessous de l'ombilic. La percussion donne des résultats variables suivant les positions de la tumeur, et suivant les moments de l'examen. En haut, il existe une zone de sonorité. Au point le plus saillant, on observe de la matité.

La tumeur est nettement sphérique, sans bosselure, rénitente, tendue, on peut même obtenir la sensation de fluctuation. La main mise à plat sur la tumeur est soulevée par un mouvement isochrone au pouls, mais elle est soulevée en totalité. Il n'existe pas de mouvement d'expansion, ni de bruit de souffle ou de thrill. La pression n'est nullement douloureuse.

La tumeur est mobile dans tous les sens, mais principalement de droite à gauche.

Le foie a des limites normales. L'estomac paraît dilaté. La percussion de la région splénique permet de constater que la rate n'est pas hypertrophiée et qu'il existe une zone très nette de sonorité entre cet organe et la tumeur.

Le toucher vaginal montre l'intégrité de l'utérus et des annexes, et l'indépendance de la tumeur vis-à-vis de ces organes.

Nous portons le diagnostic de kyste du mésentère, le diagnostic de kyste du pancréas, bien que réservé, nous paraissait peu probable, étant donnés la mobilité latérale de la tumeur, le volume du kyste, et l'absence de troubles généraux, d'amaigrissement, etc.

Nous proposons à la malade une intervention qui fut acceptée.

La malade entre à la Maison de santé où elle fut opérée par M. le Professeur Dubar et par nous. — Anesthésie chloroformique. — Incision de la ligne blanche allant de quatre travers de doigt en dessous de l'appendice xyphoïde à quatre centimètres sous l'ombilic. On arrive sur le côlon transverse qui est soulevé par la tumeur. L'épiploon est relevé et récliné par en haut et maintenu par une compresse. Au dessous, à travers le feuillet mésentérique, le kyste apparaît tendu, bleuâtre.

M. le Professeur Dubar essaie de décortiquer le feuillet mésentérique extrêmement adhérent, mais dès les premières tentatives, la poche se rompt. Le kyste est vidé par l'aspirateur Potain. Il s'écoule environ trois litres d'un liquide couleur café, contenant des détritus cellulaires blanchâtre, des sortes de débris caséeux en suspension. Tous les essais de décortication restant infructueux, M. Dubar se décida à marsupialiser la poche. D'ailleurs, un doigt introduit dans la cavité kystique montre que le kyste s'étend très loin, en arrière de l'estomac, adhère à l'aorte et à la veine cave. L'extirpation, en admettant même qu'elle fût possible, serait extrêmement dangereuse. De plus, la paroi est très vasculaire. La poche elle-même est friable, par places il existe des petites plaques calcaires et du sable très fin. En d'autres endroits, elle est absolument transparente et d'une extrême ténuité. Par contre, les feuillets mésentériques qui les recouvrent sont congestionnés, gorgés de vaisseaux très fragiles.

La poche est marsupialisée. Un gros drain est placé jusque dans le fond de la poche.

Large pansement ouaté aseptique.

Les suites furent très simples. Aucune température. L'état général et l'état local restèrent excellents. Dans les jours qui suivirent, on vit sortir par le drain des magmas puriformes, mélangés à une sorte de sable calcaire sans qu'il y eut d'ailleurs la moindre inflammation de la poche.

On pratiqua quelques injections d'éther iodoformé. La cavité se rétrécit peu à peu. Six semaines après, la cicatrisation était complète. La malade sortait guérie.

A quelle catégorie de kystes appartient la tumeur observée chez notre malade ?

Nous pouvons éliminer les kystes chyleux, multiloculaires, observés par Le Dentu, Tillaux et Werth. Ces kystes produits par une accumulation, une rétention du chyle dans les ganglions, ont une structure et un contenu totalement différents de ceux que nous avons constatés chez notre malade.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire les kystes décrits par certains auteurs sous le nom de kystes sanguins. Comme le constate Villar (1), cette classification est purement fantaisiste. Un kyste séreux quelconque peut devenir sanguin si l'un des vaisseaux de sa paroi se rompt. Et nous savons que la paroi des kystes mésentériques est extrêmement vasculaire.

Les kystes sanguins ne constituent pas une classe à part mais une modalité commune à toutes les tumeurs liquides de cette région.

Quelle est donc la pathogénie de notre tumeur ?

Si nous reprenons les détails de l'observation, nous voyons que la malade a présenté dans son enfance de la tuberculose des ganglions mésentériques.

Dans la poche, nous retrouvons, nageant dans le liquide, des détritus caséiformes, tels que l'on en observe dans les très anciens abcès froids ; de plus, sur la paroi, nous notons la présence de petites portions calcaires, de sable qui s'effrite sous les doigts. Et ces caractères nous amènent à l'hypothèse très probable d'une relation de cause à effet entre l'ancienne tuberculose ganglionnaire et le kyste actuel.

Mais s'agit-il purement d'une hypothèse ?

Nous n'ignorons pas que dans toutes les régions ganglionnaires au cou (2), à l'aîne (Duplay), etc., peu-

(1) Traité de Chirurgie. Le Dentu et Delbet. T. VIII.

(2) Dubar a rencontré plusieurs cas de kystes ganglionnaires du cou du volume d'un œuf à celui du poing chez des vieillards de l'hospice général.

vent se développer des kystes séreux sur d'anciennes adénites tuberculeuses guéries. Pourquoi n'en serait-il pas de même du niveau du mésentère. L'idée a d'ailleurs été émise depuis longtemps par ROKITANSKY, POTAIN (1), etc. Elle a été brillamment défendue par AUGAGNEUR (2).

« De toutes les maladies parasitaires, dit AUGAGNEUR, introduites dans l'intimité du mésentère, la tuberculose ganglionnaire créant des tumeurs qui, toutes réactionnelles qu'elles sont, n'en sont pas moins quelquefois des tumeurs au point de vue chirurgical, est certainement la plus fréquente. C'est une forme aussi le plus souvent infantile, consécutive à la contamination de l'intestin dans le bas-âge, contamination qui s'est étendue aux ganglions et s'est éteinte sur son point d'entrée demeurant localisée dans les glandes, y évoluant lentement et les transformant en fin de compte en de vastes kystes à contenu caséeux ou stéatomateux qu'on retrouve ensuite chez l'adulte, tout à fait en dehors du carreau et qui, dès lors, peuvent jouer leur rôle en tant que tumeurs. »

D'ailleurs il existe des faits cliniques qui montrent, prise sur le fait, la transformation de ces ganglions tuberculeux du mésentère en kystes. PAPAVOINE a observé plusieurs cas où des ganglions dilatés, volumineux, contenaient plusieurs loges, les unes kystiques, les autres contenant encore du caséum.

ROKITANSKY, à l'autopsie d'un tuberculeux, trouva entre les deux feuillets du mésocôlon un sac fluctuant gros comme une tête d'enfant, contenant un liquide couleur café, comme celui que nous avons observé chez notre malade.

Il serait facile de multiplier les observations. Mais en somme il ne s'agit ici que d'une localisation spéciale d'un processus pathogénique beaucoup plus général, à savoir la transformation à très longue échéance de lésions tuberculeuses ganglionnaires en cavités kystiques — et l'existence de ce processus n'est plus à démontrer.

En résumé, nous croyons que chez notre malade la tumeur que nous avons observée est un kyste ganglionnaire, développé aux dépens d'une adénite tuberculeuse très ancienne. Ces faits sont rares. C'est pourquoi nous avons cru intéressant de mettre cette observation en relief.

(1) POTAIN. Des lésions des ganglions lymphatiques viscéraux. Thèse Paris, 1860.

(2) AUGAGNEUR. Tumeurs du mésentère. Thèse Agrégation, Paris, 1886.

Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de baïonnette Lebel. Laparotomie. Mort par infection secondaire.

Par le docteur **R. Le Fort**, chef de clinique chirurgicale.

Dans la nuit du 7 au 8 juillet 1901, je suis appelé à une heure du matin auprès d'un blessé de dix huit à dix-neuf ans, qui vient d'être admis d'urgence dans le service de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Sauveur. A neuf heures et demie du soir, au cours d'une rixe, ce jeune homme a reçu dans le ventre un coup de baïonnette Lebel.

Le malade est dans une situation très alarmante. Pâle, les traits tirés, il est dans un état de shock très accentué. Le pouls, difficile à compter, est petit et irrégulier, il dépasse 160 ; la face est couverte de sueur, le malade tend à prendre constamment la position dite « en chien de fusil. »

Le ventre est légèrement ballonné, surtout dans la portion sous-ombilicale. La palpation est extrêmement douloureuse. Il y a une contracture marquée des muscles abdominaux. La percussion est impossible en raison de l'extrême sensibilité.

Dans la région du flanc gauche, à mi-distance à peu près de l'épine iliaque et de l'ombilic, mais plus rapproché de ce dernier, on voit un orifice, gros comme un pois, qui a livré passage à la baïonnette. L'arme a traversé le maillot du blessé et y a fait un trou irrégulièrement arrondi. Ce maillot est légèrement taché de sang.

Un pansement provisoire a été appliqué par un médecin peu après l'accident. De la plaie sort un petit lobule graisseux qui ressemble à l'épiploon.

L'intervention immédiate, proposée aussitôt, est très difficilement acceptée; le blessé veut seulement qu'on lui donne à boire, et pendant longtemps, il ne répond à toute proposition que par ces mots « à boire ».

Les premiers témoins de la scène rapportent que cet individu a été trouvé sans connaissance : la baïonnette portait des traces de sang sur une longueur de dix à douze centimètres.

Le diagnostic de la pénétration est évident et il y a, pensons-nous, plaie de l'intestin, probablement S iliaque, et hémorragie interne.

L'opération, enfin acceptée, est pratiquée avec l'aide de mon excellent confrère, M. le Dr GALLOIS et de MM. BRETON et DANCOURT, internes des hôpitaux. Le blessé est endormi au chloroforme, l'éclairage au gaz rendant l'éther dangereux.

Sous chloroforme, on constate une submatité assez nette du côté gauche, de la sonorité plutôt exagérée dans tout le reste de l'abdomen. La paroi reste contracturée malgré l'anesthésie.

L'incision est menée sur la ligne médiane, en grande partie sous-ombilicale; elle a douze centimètres environ. Le péritoine, à peine entr'ouvert, des gaz jaillissent immédiatement, entraînant du sang avec eux. L'incision péritonéale est prolongée, et les anses intestinales sont violemment expulsées avec une grande quantité de sang d'odeur fécaloïde. De l'une de ces anses, les gaz sortent en abondance, c'est l'S iliaque. Les autres sont immédiatement placées dans une compresse chaude, et la perforation iliaque, grosse comme un petit pois, est enfouie sous des points (de soie fine) séro-séreux multipliés, et complètement fermée.

Des gaz sortent encore sous nos doigts ; à trois centimètres de l'orifice qui vient d'être fermé s'en trouve un autre, qui fournit également un passage facile aux gaz intestinaux. Et pourtant, cet orifice est extrêmement petit, plus petit qu'une piqûre de sangsue dont il rappelle exactement la forme. Les bords ne sont pas écartés ni recro-

quevillés, et en dehors du moment où les gaz écartent les lèvres de la petite plaie, il semble qu'il y ait là plutôt une simple ligne, une tache sans profondeur qu'une plaie pénétrante. Un surjet de soie fine (montée sur aiguille de couturière) ferme la plaie, et des franges, des bandelettes sont suturées par dessus, de façon à consolider et compléter l'enfouissement.

A ce moment, l'opération a duré douze minutes ; le malade va médiocrement, mais le sang paraît venir en abondance, noirâtre et d'odeur nauséabonde, il faut continuer.

L'incision de la paroi est prolongée en haut et en bas. J'explore rapidement le côlon descendant et le reste de l'S iliaque, puis, une anse grêle quelconque saisie, je déroule l'intestin. Bientôt je suis arrêté par l'insertion vertébrale du jéjunum. Reprenant alors en sens inverse, je tombe sur une invagination descendante de l'intestin grêle, longue de quinze centimètres environ. La réduction est aisée, et je poursuis le déroulement des anses jusqu'au cœcum, sans rencontrer rien d'anormal. L'exploration de la région rénale et splénique gauche ne révèle rien de particulier ; c'est de la région de la plaie et surtout du petit bassin que paraît venir le sang. On nettoie le mieux possible la cavité abdominale et le malade est mis en inversion. Les anses refoulées avec la main et écartées, le sang coule à flots du petit bassin, noirâtre, en grande partie liquide, avec quelques gros caillots. Je débride la paroi à gauche et coupe transversalement le grand droit de ce côté. L'orifice interne de la plaie pariétale ne paraît pas saigner, et après un nettoyage plus parfait du bassin et de l'abdomen, l'écoulement hémorragique ne paraît pas se reproduire.

Le malade est très bas ; il est temps de terminer. Le ventre est refermé au fil d'argent avec crins intermédiaires par un seul plan de sutures pour aller plus vite. Deux drains profonds et larges sont laissés dans l'abdomen. L'odeur fécale persiste même après fermeture de la paroi.

L'opération a duré en tout 35 minutes.

Injections de caféine, de sérum à dose massive (sous-cutanées).

Le 8 au matin, pouls à 140. La connaissance est plus parfaite. Il y a un peu de dyspnée, la pâleur est extrême, le blessé est couvert de sueur.

Le soir, vers quatre heures, l'état est le même. Pouls à 132. La soif vive persiste malgré la glace. La dyspnée reste accusée et le malade est toujours baigné de sueur. La palpation du ventre à travers le pansement dénote une vive sensibilité dans presque tout l'abdomen, sauf à droite.

Le lendemain 9 au matin, j'apprends avec stupéfaction que le blessé a été repris par sa famille la veille à cinq heures du soir, soit quinze heures après l'opération, et transporté chez lui.

Placé dans des conditions déplorables, le malheureux mourait au bout de huit jours.

L'autopsie médico-légale, ayant été pratiquée à la Faculté par mon confrère et ami, M. le Dr Dutilleul, j'ai pu examiner les pièces pathologiques. Le pansement levé, on retrouve les drains et les crins de Florence qui les fixent à la paroi depuis l'opération ; une sanie purulente sort de l'abdomen par l'orifice de drainage. On retrouve également la petite griffe de Michel-Michaux qui ferme l'orifice cutané produit par la baïonnette. Les sutures ont tenu en partie, mais la paroi est infectée, en bas surtout.

Le ventre ouvert, on constate une péritonite étendue, sans épanchement notable, et plus marquée dans la région des drains. Du côté de l'S iliaque, quelques adhérences molles protègent le siège des blessures anciennes, et la péritonite n'a pas envahi la région. On cherche en vain sur l'S iliaque les traces des deux perforations, il est impossible de les découvrir. L'anse oméga est alors sectionnée à ses deux extrémités, ouverte le long de son bord mésentérique, et lavée par un rapide courant d'eau. La muqueuse paraît lisse et normale. En prenant cette paroi intestinale entre les doigts, on trouve un épaississement léger, faisant saillie du côté péritonéal, et on retrouve à ce niveau l'anse de soie non résorbée. A trois centimètres de ce point, on retrouve l'autre fil de soie également enfoui en presque totalité dans l'épaisseur de la paroi.

Il n'y a plus de sang dans le péritoine. Du côté de la paroi abdominale postérieure droite, on trouve une infiltration sanguine abondante, *extra-péritonéale*, remontant jusque dans la région rénale, sans qu'il soit possible d'en reconnaître sûrement l'origine. Il y a eu probablement contusion de la région pendant la rixe ou au moment de la chute.

Le reste de l'autopsie n'a rien révélé d'intéressant.

En somme, le blessé n'est pas mort de ses blessures, mais de l'infection secondaire produite au niveau des drains. C'est la plaie opératoire qui a été infectée en raison du manque de soins consécutifs à l'opération. Bien que le fait ait été nié, on affirmait que moyennant une somme minime (0 fr. 10), les étrangers étaient admis à contempler les tubes que ce malheureux portait dans le ventre pendant son séjour chez lui. L'infection post-opératoire n'aurait ainsi rien d'étonnant.

Quoi qu'il en soit, les plaies intestinales étaient cicatrisées au point que la présence seule des fils a permis de retrouver leur siège, et les quelques adhérences légères consécutives avaient empêché l'extension de la péritonite à cette partie de l'abdomen.

De l'épanchement sanguin non plus, il n'y avait plus trace. Il est possible que le sang soit venu de la paroi et que le débridement transversal de cette paroi ait suffi à l'hémostase.

Il est incontestable que ce blessé, laissé à l'hôpital, aurait guéri sans complications.

J'insisterai, en terminant, sur la gravité des plaies de l'intestin par baïonnette Lebel, puisqu'une perforation insignifiante est capable de laisser passer dans le ventre des gaz et probablement des matières, et sur la présence de l'invagination intestinale produite à distance de la blessure et que le dévidement total de l'intestin a seul permis de reconnaître. Le dévidement intestinal a donc endu ici un service incontestable, et le fait est à relever après la récente discussion de la Société de Chirurgie dont la conclusion tendrait à limiter les recherches à la égion traumatisée.

Accouchement laborieux d'un monstre hydrocéphale et ectromèle

par le docteur Etienne Breton, de Saint-Amand,
lauréat de la Faculté de Lille.

Le mardi 26 novembre dernier, je suis appelé vers neuf heures du soir par mon excellent confrère et ami le Dr Dubois, d'Hergnies. Je me trouve en présence

d'une femme de vingt-six ans, primipare à terme, de constitution robuste, à antécédents héréditaires et personnels normaux, en travail d'accouchement depuis le dimanche soir, une sage-femme mandée dès le début avait vainement attendu une délivrance naturelle, et le mardi, lasse de ne rien voir, avait appelé mon confrère Dubois, qui, trouvant une dilatation complète, avait tenté, sans résultats, plusieurs applications de forceps.

Je procède à l'examen de notre malade, constate une dilatation complète et, se présentant dans l'orifice utérin dilaté, une masse molle, sans caractères bien nets, ayant suffisamment l'apparence d'un siège, pour me décider à tenter l'extraction. La partie fœtale est très haut placée, et c'est avec de grands efforts que mon index parvient à la délimiter ; elle semble fuir sous le doigt, la parturiente est épuisée, inerte ; son pouls bat à 130 ; une intervention hâtive s'impose.

Après désinfection minutieuse, la malade étant chloroformée, j'introduis la main dans le vagin et, très facilement, dans l'utérus. Je glisse devant une masse molle qui me semble énorme et vais à la recherche d'un pied, mais c'est en vain que j'explore la cavité utérine dans tous les sens, je ne rencontre pas de pied. Après dix minutes de recherches infructueuses je retire la main et me demande avec anxiété ce que je vais faire. J'introduis la main à nouveau, explore attentivement ce pôle fœtal que je prends pour un siège, rencontre une ouverture que je crois l'anus, et le doigt introduit dans cet orifice, appuyant le reste de la main sur la partie fœtale, avec efforts progressifs je l'abaisse dans le vagin, suffisamment, pour qu'en en écartant largement la vulve je puisse me rendre compte « de visu » de ce que j'ai amené. A mon grand étonnement je vois des cheveux, il s'agit donc d'une tête, un forceps peut terminer rapidement l'accouchement. Le plus haut possible j'applique les branches du forceps et assez facilement alors, j'amène un fœtus monstrueux dont voici l'exacte description :

Hydrocéphalie volumineuse, les os crâniens sont tellement amincis qu'on ne peut les percevoir et par conséquent pas sentir de sutures, face aplatie et étroite. Thorax, abdomen et membres supérieurs absolument normaux correspondant bien à une grossesse à terme.

La cuisse gauche se présente sous forme d'un moignon ayant environ 1/3 de la longueur totale du fémur, à l'extrémité duquel se trouve un appendice simulant assez bien des organes génitaux mâles. A droite, moignon un peu plus long auquel se trouve fixé un pied bipalmé. La jambe fait absolument défaut et ce pied informe se balance à l'extrémité de la cuisse qui semble amputée dans son milieu. Il s'agit donc nettement d'un monstre ectromèle. A la place des organes génitaux deux bourgeons charnus microscopiques de forme indéfinie sans aucun caractère sexuel. Au niveau du sacrum, en arrière, apparence de spina bifida.

Rien sur le tégument. Poids 3 kil. 500 environ.

Nous pouvons maintenant nous rendre compte du mécanisme de l'accouchement et de son extrême difficulté. Le diagnostic de la présentation était difficile, étant donnée la minceur des os du crâne qui ne permettait pas la délimitation des sutures, et l'hydrocéphalie volumineuse.

L'engagement ne pouvait se faire, les contractions utérines s'exerçant sur une masse liquide considérable qui se déplaçait. Notre confrère Dubois appliquait son forceps sur cette poche liquide haut placée et le voyait déraper chaque fois. Je croyais avoir un siège décomplété et voilà que tentant de faire l'extraction il m'est impossible de rencontrer un pied. L'abaissement de la partie fœtale ne s'est fait que lorsque avec l'index introduit dans la bouche j'ai attiré la tête à la vulve avec efforts persistants, ce qui a permis de terminer l'accouchement par une simple application de forceps.

La délivrance fut facile, pas d'hémorragies. Le placenta était normal, suites de couches physiologiques.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 28 Février 1902

Présidence de M. Dutilleul, président.

Ectromelie et amputation congénitale

M. Charmeil présente un enfant atteint d'absence congénitale de l'avant-bras droit ; l'olécrane existe et supporte une main bien conformée, mais extrêmement peu développée. L'humérus n'a subi aucun arrêt de croissance. Le mère attribue cette difformité à la frayeur qu'elle a éprouvée étant enceinte de neuf jours, quand on lui a ramené son mari atteint de fracture de l'avant-bras.

M. Charmeil présente un autre enfant chez lequel la main n'existe pas et l'avant-bras n'est représenté que par un moignon articulé à l'humérus qui, dans ce cas aussi, est normalement développé ; il s'agit ici d'amputation congénitale.

Sarcome des parties molles de la cuisse

M. Le Fort présente un garçon de 20 ans qui, atteint depuis deux ans d'une tumeur de la partie supéro-interne de la cuisse, fut opéré en avril dernier par M. Butruille ; cette tumeur dont l'examen histologique ne fut pas fait, était un kyste à siège intramusculaire. Actuellement il y a une récidive ; il existe en connexion avec les muscles adducteurs et les vaisseaux fémoraux, deux petites tumeurs qui sont très probablement, étant donné leurs caractères, des sarcomes kystiques.

A ce propos, **M. Le Fort** rappelle la théorie qui fait du

sarcome des muscles un rhabdomyome malin, tumeur dans laquelle le rajeunissement des cellules aboutit à la malignité.

Fracture de la phalange du pouce chez un jeune enfant

M. Lambret présente un enfant de deux ans qui, le 25 janvier, eut le pouce serré entre le sol et le rebord d'une table ; la phalange fut fracturée.

On constatait une augmentation du diamètre antério-postérieur avec raccourcissement; la phalangette était à demi fléchie et en rotation interne ; à la face palmaire on pouvait sentir une saillie osseuse ; les mouvements de latéralité osseuse existaient, mais il n'y avait pas de crépitation.

La radiographie a montré que le trait de fracture coupait la phalange en diagonale sur toute sa longueur.

Le peu de prise que présente une phalange rend difficiles la réduction et surtout la contention ; aussi M. LAMBRET se propose-t-il, après insuccès des appareils à attelles, de faire le cerclage de la phalange. Il montre à cette occasion une radiographie de fracture de la phalange qui a été traitée avec succès par ce procédé.

Fibromes utérins et pyosalpynx

M. Oui montre à la Société les pièces provenant d'une femme qu'il a opérée le 13 février dernier. Cette femme, âgée de 38 ans, avait, depuis sept ans, des règles très abondantes et prolongées et, entre les périodes menstruelles, une leucorrhée abondante. Douleurs abdominales, surtout dans les dix jours précédant les règles. Depuis ce moment, le ventre grossissait progressivement. Il y a cinq mois, douleurs abdominales plus vives, fièvre pendant quelques jours. On porta le diagnostic de grippe. Depuis lors, le volume du ventre augmenta rapidement, en même temps qu'il se produisit à plusieurs reprises de l'hydrorrhée.

L'examen montre une tumeur volumineuse, dure, bosselée, remontant au dessus de l'ombilic, appartenant manifestement à l'utérus et présentant du côté droit, à sa partie inférieure, une tumeur très dure faisant saillie dans le cul-de-sac latéral droit du vagin.

Le 13 février, laparatomie. On trouve, d'abord, un gros utérus fibromateux et, dans l'épaisseur du ligament large droit, une tumeur juxta-utérine. L'utérus est enlevé, d'abord par hystérectomie supra-cervicale. La tumeur juxta-utérine explorée plus attentivement est manifestement une tumeur liquide, très adhérente aux parties voisines. La décortication en est opérée non sans difficultés. Au cours des manœuvres, rupture de la poche qui laisse échapper un pus horriblement fétide. La malade qui était en inversion est remise dans le décubitus horizontal. L'extirpation de la poche est terminée après limitation du champ opératoire par des compresses stérilisées. Toilette soignée du péritoine pelvien. Drainage abdomino-vaginal. Guérison sans incident.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agissait d'une salpingite suppurée, coïncidant avec des fibromes utérins multiples (poids 1,500 gr.). L'autre trompe, bien que non suppurée de l'utérus était, elle aussi, enflammée, ainsi que le montre l'épaisseur de ses parois.

Note sur la diazoréaction d'Erlich

MM. Deléarde et **Hautefeuille** ont étudié l'action des divers antiseptiques intestinaux sur la diazoréaction d'ERLICH. Il ont observé que l'ingestion de la plupart de ces antiseptiques n'a aucune influence sur la diazoréaction ; le phénol, le salol, le benzo-naphtol, le bétol, sont les seuls qui diminuent ou suppriment la diazoréaction.

Mais ces corps paraissent agir sur les substances productrices de la diazoréaction, grâce à leur fonction phénol.

On peut en conclure que la diozoréaction ne paraît pas être en rapport direct avec l'intensité des putréfactions intestinales. (*Sera publié*).

Toxicité des extraits aqueux et glycérinés de muqueuse intestinale

MM. Druchert et **Dehon** présentent les résultats de leurs recherches sur cette toxicité. (*Sera publié*).

M. Curtis fait remarquer que la glycérine elle-même est toxique ; que, de plus, dans toutes les méthodes d'injection intervasculaire, les différences d'isotonicité entre les liquides injectés et le sang, ajoutent leur action à la toxicité.

M. Surmont insiste sur la part qui doit être attribuée à l'action coagulante dans les accidents toxiques immédiats, à la suite d'injections intraveineuses. Ce pouvoir coagulant doit être considéré comme une modalité de l'action toxique. En tous cas, pour les accidents immédiats, le manque d'isotonie ne peut être invoqué.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Hygiène expérimentale : l'habitation ; procédés de recherches et de contrôle, par le docteur Henri BERTIN-SANS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, préface du professeur BROUARDEL, Paris, J.-B. Baillière, 1902.

Aucun traité d'hygiène ne s'est encore en France présenté comme le livre du docteur BERTIN-SANS. FLÜGGE, EMMERICH, LEHMANN en Allemagne ont bien depuis vingt ans poursuivi un but semblable que notre compatriote, mais aucun de ces maîtres en hygiène ne s'est exactement donné le même but, celui d'être pratique et rien que pratique.

Les médecins qui dans les conseils d'hygiène sont tenus de donner à l'Administration un avis sur les projets d'amenée d'eau, de déplacement de cimetières, d'épuration des eaux souillées, etc., savent tous quel est leur embar-

ras, à l'étude des voisinages dangereux pour une source d'ajouter l'analyse chimique, l'analyse microbienne de l'eau; l'étude géologique de la région doit aussi être considérée. Être chimiste, physicien, géologue tout à la fois, le médecin, qui suspecte les origines d'une épidémie, ne le peut; il ne peut davantage spécifier quels travaux conviendraient pour faire disparaître les conditions d'insalubrité d'une maison. Avec le livre de M. BERTIN-SANS comme intermédiaire, le médecin saura mieux ce qu'il peut demander à l'ingénieur sanitaire, à l'architecte, et ceux-ci comprendront mieux les motifs qui poussent le médecin à demander telle ou telle modification à leurs projets.

Abaisser les barrières qui séparent les médecins des ingénieurs dans le monde de l'hygiène, n'est pas un mince résultat. C'est sans nul doute le premier qu'obtiendra le travail du laborieux et sympathique agrégé montpelliérain.

Il fallait, pour y réussir, entraîner résolument l'hygiène dans la voie des sciences exactes. Ce qu'avaient fait timidement les professeurs allemands, notre collègue l'a nettement entrepris. Grâce à une éducation scientifique complète, élève d'autre part et digne fils d'un hygiéniste déjà orienté et ouvert à cette manière de comprendre l'hygiène, le docteur BERTIN-SANS était du reste en quelque sorte désigné pour tenter cette rénovation de l'hygiène. Il a donc pour les hygiénistes proprement dits, pour les architectes et les ingénieurs sanitaires, pour les médecins, pour les protecteurs officiels de la santé publique rassemblé des documents épars dans les divers organes de la vulgarisation scientifique, et après critique approfondie, rectifications nécessaires ou substitution de procédés plus exacts ou plus pratiques, il les a réunies en un traité homogène, solidaire et complet de technique hygiénique. Ces documents, on les a dorénavant sous la main. Le labeur qui doit ainsi créer ce cosmos de technique hygiénique est immense, on le conçoit.

Pour le moment, l'ouvrage du docteur BERTIN-SANS vise seulement l'habitation humaine. Il veut, comme tous les hygiénistes, la maison salubre dans la ville salubre. Aussi, le foyer domestique, l'école, la caserne, l'hôpital, la prison, le cimetière, sont-ils l'objet de son livre. Pour chacune de ces constructions servant d'abri aux collectivités, des recherches, des examens, des contrôles étaient nécessaires; et l'on voit sans qu'il soit nécessaire d'insister combien de problèmes se sont présentés, à la solution desquels un esprit clair et pondéré, en même temps que familier des mathématiques, pouvait seul répondre. Successivement, l'emplacement, les matériaux, l'atmosphère, l'éclairage, le chauffage, la ventilation, les déchets et immondices ont été ou seront envisagés avec un esprit pratique, guidé par les exigences sanitaires, qui ne laisse pas que de produire la meilleure impression.

Le premier fascicule, qui vient de paraître, traite de l'emplacement de l'habitation : toutes les questions que soulève le choix d'un emplacement y sont exposées et résolues avec une sûreté de documentation et un souci de simplicité et de rigueur combinées qui feront aimer l'hygiène à ceux qui la disent encombrante et gêneuse. Mon ami BERTIN-SANS ne visait pas à ce résultat; il l'atteindra par contre-coup.

Dr F. COMBEMALE.

ALCOOLIA

La capacité pour l'absinthe

Nous extrayons de *la Gazette des tribunaux* l'entrefilet suivant qui est intéressant à plus d'un titre.

La femme Flombard a dépassé la cinquantaine. Sa face ravagée est couverte de taches rougeâtres; vêtue de loques sordides, elle déclare, non sans une certaine affectation, exercer la profession de fille publique.

Son « ami », un nommé Mention, comparaît en même temps qu'elle devant le tribunal correctionnel (9e chambre, présidée par M. Ducasse). Tous deux sont prévenus d'outrages aux agents.

Mention, bien que jeune encore, est complètement chauve; il a le teint blême et le regard vague. Pour tout vêtement, il porte une chemise de couleur plus qu'indécise et un pantalon trop large qui, mal fixé sur ses hanches, menace à chaque instant de quitter son propriétaire.

M. le président. — La femme Flombard faisait du scandale sur la voie publique; elle était en état d'ivresse et elle a insulté les agents qui cherchaient à la faire taire. A ce moment vous êtes intervenu, vous avez frappé violemment un des agents en l'injuriant grossièrement. Du reste, vous avez déjà été condamné pour vagabondage spécial. Vous êtes le souteneur de la femme Flombard.

Le prévenu proteste, tandis qu'un murmure d'étonnement narquois parcourt l'auditoire.

M. le président — Quelle profession exercez-vous ?

Le prévenu (d'une voix pâteuse). — Je vas vous dire, mon président, je bois de l'absinthe...

M. le président. — Je m'en doute, mais ce n'est pas ce que je vous demande.

Le prévenu. — Faites excuse, mon président, je ne suis pas un buveur ordinaire. Je suis le plus fort buveur connu. Je prends trente absinthes par jour, sans que ça paraisse.

M. le président. — Vous feriez mieux de n'en boire qu'une et de ne pas injurier ni frapper les agents.

Le prévenu. — Bien sûr que ce n'est pas la faute à l'absinthe. J'en avais encore pris qu'une quinzaine ce jour-là.

M. le président. — C'est tout ce que vous avez à dire pour votre défense ?

Le prévenu. — Bien sûr; mais moi, tel que je vous parle, j'ai été examiné par les médecins les plus célèbres. Je suis un phénomène d'absinthe.

Le tribunal, sans écouter davantage ces explications, condamne la femme Flombard et Mention, la première à quinze jours de prison, et le second à un mois de la même peine.

« Un mois sans verte, murmure celui-ci en se retirant, eh bien ! et ma réputation ?... »

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Nous apprenons de source autorisée qu'une donation de 8.000 francs vient d'être faite à la Faculté de médecine de Lille par M. HOUDOY, avocat à Lille. Le service de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques recueille cette libéralité, en souvenir du regretté professeur H. LELOIR, dont le généreux donateur fut l'intime ami et le conseil judicieux.

La donation de cette somme est spécialement faite pour installer et développer l'électrothérapie et la radiographie dans le traitement des maladies de la peau. Une plaque de marbre portant « Fondation H. LELOIR » devra rappeler l'origine de cette donation.

L'*Echo médical du Nord*, à qui rien de ce qui touche la Faculté et les hôpitaux n'est indifférent, adresse des remerciements chaleureux à M. HOUDOY, l'interprète si zélé et si intelligent des volontés de feu le professeur H. LELOIR. Quant à l'heureux bénéficiaire de cette libéralité, il saura bien montrer qu'elle a été faite à bon escient.

Notre Carnet

Le docteur THILLIEZ, de Béthune, nous fait part de la naissance de sa fille ADOLPHINE. Nous lui adressons nos meilleurs vœux pour la mère et l'enfant.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Nantes. — M. le docteur HEURTAUX, professeur de clinique chirurgicale, est mis à la retraite à dater du 1er avril 1902, et nommé professeur honoraire.

Tours. — M. le docteur BARNSBY, professeur d'histoire naturelle, est nommé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, directeur de ladite école.

Poitiers. — M. le docteur DELAUNAY, professeur de physiologie, est nommé, pour trois ans, directeur de l'Ecole de Poitiers.

Distinctions Honorifiques

Mérite agricole. — M. le docteur BRUN, de Marseille, est nommé chevalier.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs GUILBERT, de Périgueux (Dordogne) ; MONGIN, de Romans (Drôme) ; DHOMBRES, du Viala (Aveyron) ; ROCAIS, de Versailles (Seine-et-Oise) ; LEROURNEAU, Secrétaire général de la Société d'Anthropologie de Paris ; POTIER, de Jard (Vendée) ; GUYADER, de Brest (Finistère) ; GIRARDIN, étudiant en médecine à Paris

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

8e SEMAINE, DU 16 AU 22 FÉVRIER 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	10	3
3 mois à un an	10	10
1 an à 2 ans	4	2
2 à 5 ans	3	4
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	1	4
20 à 40 ans	7	4
40 à 60 ans	8	7
60 à 80 ans	13	15
80 ans et au-dessus	2	4
Total	59	53

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	3	8	4
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	3	»	»	1	5	2	1	»	»	1	1	»	»	»	»	2	16	13
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	6	2	1	»	»	1	»	»	»	»	»	7	18	22
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	1	5	»	»	5	1	2	»	»	»	»	»	»	1	»	5	20	27
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	1	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	1	2	7	10
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	5	»	»	»	»	6	»	»	»	»	»	9	21	8
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	1	»	1	»	1	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	6	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	5	15
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	1	1	2	»	»	1	»	»	»	»	»	1	8	14
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	6
Total	»	»	»	1	4	9	1	8	23	8	8	»	»	15	1	»	»	1	1	32	112	127

N° 269. Sixième Année. N° 10 Le Numéro : **10** centimes. 9 Mars 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Détermination du point cryoscopique du liquide hydatique Recherches osmotiques sur la membrane. Déductions pathogéniques

Par MM. **H. Surmont**, professeur de pathologie interne et expérimentale a la Faculté
et Maurice **Dehon**, Licencié ès-sciences

Au cours de recherches entreprises sur la biologie des hydatides, nous avons été amenés à déterminer le point de congélation du liquide des kystes. Ces recherches ont porté sur trois kystes provenant du foie du mouton et prélevés à l'abattoir de Lille, aussitôt après la mort de l'animal. Elles ont été effectuées avec l'appareil de Raoult, l'une par M. PÉLABON, maître de conférences à la Faculté des Sciences, les deux autres sous sa direction et dans son laboratoire, par M. MAURICE DEHON. Les chiffres trouvés ont été $\Delta = -0°65$, une fois ; et $\Delta = -0°63$, deux fois. Or, si l'on se rappelle que $-0°63$ est justement le point de congélation de la lymphe, on voit que *le liquide des kystes hydatiques est sensiblement isotonique à la lymphe*, constatation qui a son importance, si l'on songe que c'est à ce dernier liquide que le parasite emprunte les éléments nécessaires à son développement et à sa vie.

On sait, d'autre part, que la paroi des kystes hydatiques est formée d'une membrane douée d'une perméabilité parfaite aux liquides et aux substances solubles, tant colloïdes que cristalloïdes, mais opposant, par contre, tant qu'elle est vivante, une barrière complète à la pénétration des particules solides, qu'il s'agisse de bactéries ou de cellules migratrices. Ces points, bien mis en relief par les recherches expérimentales de CHAUFFARD et WIDAL (1), sont aujourd'hui classiques. Nous avons pu les vérifier pour ce qui a trait à l'asepsie des kystes non enflammés et à la porosité de la membrane.

Le seul point complémentaire qui restait à élucider était celui de savoir si l'osmose se fait aussi facilement de la face externe de la membrane vers la face interne que de celle-ci vers celle-là. Pour cela, il suffisait de monter des osmomètres, en disposant successivement la membrane dans les deux sens opposés. Nous avons fait cette expérience avec le chlorure de sodium, le glycose et l'albumine du blanc d'œuf de poule en solution aqueuse. Il nous a paru qu'il n'y avait aucune différence appréciable dans les deux cas.

Des faits qui précèdent, découlent un certain nombre de conséquences qui nous paraissent devoir, d'ores et déjà, être mises en lumière, en attendant l'exposé complémentaire de nos recherches.

(1) CHAUFFARD ET WIDAL. — Recherches expérimentales sur les processus infectieux et dialytiques dans les kystes hydatiques du foie. *Bull. soc. méd. des hôpit.*, 17 avril 1891.

La concentration moléculaire de la lymphe et celle du liquide hydatique étant sensiblement les mêmes, il en résulte, d'abord, que les échanges osmotiques entre le liquide et la lymphe sont extrêmement réduits; et que, par suite, les matériaux passant de la lymphe de l'hôte dans la poche parasitaire sont peu considérables. On s'explique ainsi que des kystes, même très volumineux, ne soustraient à l'organisme que des quantités insignifiantes de matériaux nutritifs et ne puissent agir sur la nutrition générale de leur hôte que par d'autres mécanismes, tels que ceux de la gêne mécanique ou de l'intoxication, mais non par celui de la soustraction alimentaire.

Au reste, il convient de se rappeler que la partie vraiment vivante du parasite, celle qui, seule, à proprement parler, peut compter au point de vue nutritif, c'est-à-dire sa couche proligère, se réduit à une couche d'un dixième de millimètre d'épaisseur, au maximum, dont le poids approximatif, pour un kyste d'un diamètre de quinze centimètres, c'est-à-dire déjà volumineux, ne dépasserait pas quelques grammes. Cette dernière considération : à savoir le faible poids de la partie vivante d'un gros kyste hydatique, explique déjà, en partie, le peu d'importance des phénomènes d'intoxication chez l'hôte, d'autant que l'on sait depuis longtemps, par les renseignements cliniques, que les helminthes n'ont qu'un pouvoir toxique réduit. Nos recherches cryoscopiques ajoutent à cette compréhension du phénomène en montrant le peu d'intensité des échanges entre les tissus de l'hôte et le liquide du kyste susceptible de contenir les toxines produites par le parasite. Il en résulte que, même si le liquide hydatique était très toxique, il ne serait pas très dangereux pour l'hôte, puisqu'il ne pourrait passer dans ses tissus qu'en très faible quantité à la fois.

La réalité de l'intoxication hydatique ne fait plus de doute pour personne. On sait qu'elle peut se traduire par des phénomènes nombreux : les uns graves, comme la dypsnée, l'asphyxie, les convulsions épileptiformes, le collapsus cardiaque ; les autres bénins, comme les démangeaisons plus ou moins généralisées, les vomissements, la tachycardie, l'urticaire ; ce dernier phénomène est tout particulièrement intéressant, parce qu'il est une caractéristique facile à retrouver de l'intoxication hydatique, car si l'urticaire peut se produire dans un grand nombre d'affections hépatiques accompagnées ou non d'ictère, sa pathogénie dans l'intoxication hydatique est différente et liée à la résorption du liquide hydatique, ainsi que l'ont démontré d'une façon péremptoire les expériences d'inoculation sous-cutanées faites par Debove, Achard et répétées, depuis, par beaucoup d'auteurs.

Le fait que les substances toxiques du liquide hydatique ne passent pas, à l'état normal, dans les tissus de l'hôte ou n'y passent pas en quantité suffisante pour traduire leur présence par des phénomènes cliniques appréciables, est démontré par les accidents de l'intoxication hydatique et, en particulier, l'urticaire plus ou moins généralisée, qui suivent la rupture spontanée, traumatique ou chirurgicale du kyste hydatique. Les cas de cet ordre sont, à l'heure actuelle, tellement nombreux dans la littérature médicale qu'on nous permettra de n'en citer aucun.

Nos recherches cryoscopiques et osmotiques nous permettent, au point de vue pathogénique, d'en rapprocher les phénomènes insuffisamment expliqués jusqu'ici, d'intoxication hydatique survenant à la suite de l'évacuation incomplète du liquide kystique. Ces observations sont loin d'être rares. Le professeur Dieulafoy s'est livré, à leur sujet, à une analyse critique des plus intéressante.

« .... Si je reprends, une à une, dit à ce propos M. Dieulafoy (1), les observations suivies d'accidents, je vois » que, jamais, ces accidents ne sont survenus quand on a » eu soin de vider complètement le kyste; tandis qu'ils » ont éclaté à la suite de ponctions qui n'avaient donné » issue qu'à une petite quantité de liquide hydatique... ».

D'où cette conclusion pratique (2) : « qu'il faut éviter les » petites ponctions, les ponctions incomplètes, et les ponc- » tions exploratrices. On ne doit jamais, sous prétexte » d'éclairer le diagnostic des kystes hydatiques du foie, » se livrer à ce mode d'investigation... ».

Et M. Dieulafoy revient encore sur ce point dans les conclusions de sa leçon clinique.

Le professeur Dieulafoy explique une partie des accidents consécutifs aux ponctions exploratrices incomplètes, par ce fait que le liquide hydatique *sous pression* dans le kyste, peut, après le retrait de l'aiguille, continuer à sourdre dans les tissus voisins et dans les cavités séreuses voisines, par le pertuis laissé par le passage de l'instrument, surtout si l'on n'a pas eu soin de se servir d'une aiguille assez fine.

Il est évidemment des cas où cette explication ne peut s'appliquer, en particulier ceux où on n'a retrouvé aucune trace de la piqûre à l'autopsie. Nous pensons que la raison d'être de l'intoxication hydatique doit alors être trouvée dans les mouvements d'osmose très intenses qui suivent forcément une évacuation incomplète et qui ont pour résultat, eux aussi, de faire passer rapidement dans la circulation les toxines laissées dans la poche hydatique. De sorte qu'au point de vue pathogénique, une ponction incomplète peut produire les mêmes effets qu'une rupture. Il est même certain que les phénomènes d'exagération des échanges osmotiques interviennent dans tous les cas, même dans ceux où il reste une fistulette consécutive à l'inter-

(1) Dieulafoy. — *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1898-1899. Neuvième leçon. Discussion sur le traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie

(2) Dieulafoy. — Id., p. 199.

vention thérapeutique ; et qu'alors, les deux mécanismes ont des actions renforçantes l'une de l'autre.

Dans les conditions normales, l'organisme a à sa disposition, pour se défendre contre l'intoxication hydatique, non seulement l'élimination des produits toxiques par les divers émonctoires, élimination rendue facile par l'intégrité de leur jeu, mais encore un autre procédé, sur lequel il ne semble pas qu'on ait suffisamment appelé l'attention jusqu'à présent : à savoir la formation d'antitoxines.

S'il est exact, comme tendent à le démontrer les recherches de VIRON (3), que les principes toxiques des liquides hydatiques sont des toxalbumines, ils appartiennent justement à la classe des corps dont l'introduction dans l'organisme animal appelle la formation d'antitoxines ; et, dans ces conditions, leur passage dans la circulation de l'hôte doit déterminer une immunisation plus ou moins marquée. L'un de nous (4) a déjà eu l'occasion d'émettre cette opinion que nous nous proposons de vérifier expérimentalement. En attendant la publication des résultats des recherches que nous avons entreprises sur ce point, recherches qui ont subi un temps d'arrêt par suite de certaines difficultés pratiques, nous croyons pouvoir émettre quelques-uns des arguments théoriques qui peuvent être invoqués à l'appui de cette hypothèse et qui ont l'avantage d'expliquer, d'une façon satisfaisante, un certain nombre des particularités cliniques de l'intoxication hydatique.

La principale objection qu'on puisse faire à priori à notre hypothèse est qu'elle a contre elle le fait des accidents graves d'intoxication qui suivent la rupture ou l'ouverture incomplète des kystes. Il nous suffira de répondre qu'il y a des degrés divers dans les immunisations et que les accidents qui suivent le passage, dans la circulation, de doses importantes de toxines, démontrent seulement que l'immunisation incomplète de l'hôte a été forcée.

A notre avis, l'immunisation de l'hôte est, nécessairement, faible pour deux raisons : la première parce que la quantité de toxine contenue dans les kystes hydatiques est minime, variable au reste d'un kyste à l'autre, c'est un point sur lequel sont d'accord tous les auteurs qui ont expérimenté sur la toxicité du liquide hydatique ; la deuxième, c'est que les échanges entre les kystes hydatiques et les tissus de l'hôte sont très faibles, et, qu'en conséquence, l'immunisation consécutive ne peut être, elle aussi, que faible. C'est un point que nos recherches cryoscopiques rendent physiquement évident.

Il nous reste à démontrer la réalité d'une immunisation faible de l'organisme de l'hôte. Nous croyons en trouver des preuves dans l'histoire clinique même de l'échinococcose.

La sensibilité que garde l'organisme aux poisons hydatiques, pour si grande qu'elle persiste, semble en effet aller en s'atténuant avec le temps, car il paraît, au moins à la lecture des observations où le fait est expressément consigné, que les phénomènes d'intoxication, et en particulier l'urticaire spontanée, que nous choisissons comme le témoin le plus évident, soient plutôt des signes de début que des symptômes tardifs dans l'évolution de la maladie. Les renseignements que l'on trouve sur ce point, dans les auteurs, ne sont pas aussi nombreux que nous l'aurions souhaité, particulièrement dans la littérature allemande, et il semble, à la lecture des traités classiques (5) en cette langue, que l'attention des auteurs d'outre-Rhin n'a pas été attirée sur ce point. Par contre en France où le fait est devenu classique grâce aux efforts de DIEULAFOY, les auteurs sont d'accord pour admettre que l'urticaire est souvent un phénomène de début de l'évolution normale de l'échinococcose. Pour ne citer que les traités classiques, c'est l'opinion de LÉTIENNE (6) qui place l'urticaire parmi « les signes indicateurs » du kyste hydatique du foie ; c'est aussi l'opinion de GILBERT et SURMONT (7) qui citent les poussées récidivantes d'urticaire, au nombre des phénomènes possibles de la période silencieuse des kystes hydatiques ; c'est celle encore de CHAUFFARD (8) qui signale également l'urticaire, comme l'un des symptômes de la période initiale.

Parmi les observations précises sur ce point éparses dans la science, nous signalerons, d'une façon particulière, la suivante qui est due à DIEULAFOY (9) dans laquelle « une urticaire persistante et à répétition avait ouvert la » scène et devancé de trois ans : épistaxis, pleurésie, » douleurs et tuméfaction de l'hypocondre ».

Puis, cette autre de FINSEN, qui est relatée par FEYTAUD (10), où l'éruption, apparue également dès le début de la maladie, semble spontanée, non consécutive à une rupture.

La sage-femme X..., âgée de 31 ans, me consultait en 1854.

Une année avant la consultation, elle eut, dans la moitié droite du thorax, après une quinte de toux provoquée selon elle par un rhume, des douleurs violentes, suivies, le lendemain, d une éruption papuleuse.

(3) VIRON. — *Archives de médecine expérimentale* janv 1892, p. 136. Sur un albuminoïde toxique contenu dans certains liquides hydatiques.

(4) GILBERT et SURMONT. — *Traité de médecine et de thérapeutique* de BROUARDEL-GILBERT, 1898 : art. kystes hydatiques du foie, p. 180.

(5) QUINCKE. — Specielle pathologie und therapie von H. NOTHNAGEL XVIII BAND.

ARNOLD HELLER. — Handbuch der speciellen pathologie und therapie heraus gegeben von ZIEMSSEN. VIII BAND.

EICHHORST — Traité de Pathol. Int. et de thérapeutique. Trad. franç.

(6) LÉTIENNE. — Manuel de Médecine DEBOVE-ACHARD. T. VI, 1895.

(7) GILBERT et SURMONT. — Loco citato. P. 482.

(8) CHAUFFARD. — Traité de Médecine CHARCOT-BOUCHARD, T. V 2e édition, 1902.

(9) DIEULAFOY. — Les kystes hydatiques du foie et leur traitement *Gaz. hebd.*, 27 juillet 1877.

(10) FEYTAUD. — *Thèse de Paris*, 1875, p 9.

En tous cas ce fait que les phénomènes de l'intoxication hypatique, et particulièrement le plus révélateur d'entre eux, l'urticaire, se produisent surtout au début de l'évolution normale de l'échinococcose, s'explique d'une façon satisfaisante par l'immunisation progressive de l'organisme, au moyen de petites doses de toxines.

Que cette immunisation ne soit jamais extrêmement forte, cela est en rapport, d'une part avec la faible toxicité du liquide hydatique, d'autre part, avec sa faible diffusion; aussi cette faible immunisation est elle facilement vaincue par l'absorption d'une dose plus considérable de toxines ; d'où les accidents consécutifs aux ruptures spontanées et aux tentatives chirurgicales.

Mais, l'absorption d'une dose plus grande de toxines détermine à son tour l'apparition d'une immunisation plus solide ; et voilà pourquoi les phénomènes d'intoxication hydatique, très intenses lors d'une première intervention, disparaissent à la seconde, si celle ci se produit dans un délai tel que le renforcement de l'immunisation qui a suivi la première inondation toxinique dure encore.

Ainsi s'expliquent des faits nombreux, mais restés assez mystérieux jusqu'ici, dans lesquels on constate, à une première ponction, des phénomènes d'intoxication intense ; à une seconde ponction, des phénomènes d'intoxication atténuée ou nulle, alors même, remarque capitale qui a été faite par le Professeur Debove (11), que la seconde ponction porte sur un autre kyste que sur le premier.

Nous ne rapporterons pas toutes les observations de cet ordre qui se trouvent dans les auteurs et qui ont trait : soit aux opérations chirurgicales proprement dites, par l'ablation ou l'ouverture large des kystes; soit simplement aux ponctions successives.

Occupons-nous seulement de ces dernières. Les faits peuvent, au point de vue de la pathogénie, être rangés en un certain nombre de catégories : dans la première, se placent naturellement les observations où la seconde ponction n'a amené que l'évacuation d'une quantité de liquide notablement inférieure à celle enlevée la première fois et où l'on peut alors admettre que l'absence de phénomènes d'intoxication, à la seconde ponction, tient à ce qu'il y a eu, à la seconde fois, une moindre quantité de toxines mise en circulation par les échanges osmotiques. Ainsi pourrait s'expliquer, peut-être, ce fait d'Archambault (12) ayant trait à un kyste du foie observé chez un enfant de sept ans :

La ponction fut pratiquée le 25 septembre avec le petit trocart de l'inspirateur de Potain. Il s'écoula dans le récipient un liquide clair dont nous recueillîmes 625 gr. Après avoir incliné la canule dans différents sens, l'avoir retirée en partie et enfoncée plus profondément, voyant qu'il ne restait plus de liquide, je l'ai retirée définitivement, en laissant le doigt appliqué quelques instants sur le point où elle avait pénétré ; puis j'ai fait appliquer sur le ventre une épaisse couche d'ouate et un bandage modérément serré.

A mon arrivée, le 26, l'enfant avait vomi deux fois, à la suite de la ponction et avait eu la fièvre. La physionomie était naturelle. Il y avait sur la face quelques plaques d'urticaire. Fièvre très modérée : 38°2. Pulsations : 100; et sur un grand nombre de points du corps et des membres, on constatait des plaques d'urticaire, lesquelles s'étaient montrées, la veille, au même moment que les vomissements, ou à peu près. Chez notre malade, l'urticaire dura 48 heures : elle avait disparu complètement le 28 septembre au matin; et jusqu'au 1er octobre, il y eut de la fièvre et une réaction générale et locale.

Malgré ces symptômes, je me suis décidé à refaire une ponction quinze jours plus tard. Rien de particulier; mais il y eut une évacuation de 150 gr. de liquide purulent. Après l'opération, les choses se sont passées simplement; mais le kyste s'est de nouveau rempli et nous aurons à employer d'autres moyens pour obtenir la guérison...

Depuis, nous avons ouvert le kyste à l'aide de sept applications de caustiques faites en 20 jours. Il est sorti de la poche un liquide purulent et des vésicules hydatiques intactes, des débris nombreux. Aujourd'hui, la guérison de l'enfant peut être considérée comme certaine.

Si l'on peut à la rigueur admettre, ce que nous faisons volontiers, que, dans ce cas, les phénomènes osmotiques qui ont suivi la deuxième ponction ont été beaucoup moins importants que ceux qui ont suivi la première, il n'en résulte pas que cette explication de la non-répétition des accidents toxiques puisse s'appliquer à tous les cas; elle est en défaut en particulier dans ceux où la quantité de liquide enlevée à la seconde ponction a été égale ou supérieure à celle enlevée la première fois.

Il en est ainsi dans les observations suivantes empruntées au traité de l'aspiration du professeur Dieulafoy :

Observation II du traité de l'aspiration (13). Homme de 30 ans, atteint de kyste hydatique du foie. Première ponction de 300 grammes de liquide ; accidents fébriles, nausées vomissements, urticaire. Deuxième ponction de 950 grammes. *Pas d'accidents.* 4 mois plus tard, le sujet est guéri...

Observation V (même mémoire).—Tumeur volumineuse de l'abdomen. Ponction à l'aide d'un trocart ordinaire. On retire 300 grammes de liquide clair. 10 minutes après : nausées, hoquet, urticaire qui se généralise rapidement à tout le côté droit, sans envahir le côté gauche. Ces accidents s'amendent dans la soirée. Déjà les plaques ortiées avaient disparu. Les jours suivants, une fièvre, du reste peu grave, se déclare.

Au bout de quelques jours, M. Dieulafoy pratique l'aspiration et retire 950 grammes d'un liquide louche. Il n'y eu *aucun accident* et le malade quitta l'hôpital trois semaines après...

La diminution de la quantité de toxines contenues dans le kyste, au moment de la deuxième intervention, peut encore être attribuée à une seconde raison, beaucoup plus

(11) Debove. — *Société médicale des Hôpitaux*, 1888. — De l'intoxication hydatique, page 113.

(12) Archambault. — *Union médicale*. 18 et 22 janv. 1876. Kyste hydatique de l'abdomen chez un enfant de sept ans.

(13) Dieulafoy. — Traité de l'aspiration des liquides morbides. Paris, 1873, pages 62 et suivantes.

sérieuse, en apparence, que la première : à savoir la mort du parasite à la première intervention.

Il est à remarquer, en effet, que quelquefois le liquide kystique provenant d'une seconde évacuation est purulent ou même simplement louche : par exemple obs. d'ARCHAMBAULT (12); obs. de DIEULAFOY (n° V, du traité de l'aspiration) (13).

Or, pour certains auteurs, cet aspect spécial du liquide indiquerait que l'hydatide a cessé de vivre à la suite de la première intervention ; et la suppression de la sécrétion toxinique qui s'ensuivrait impliquerait nécessairement une diminution de la toxicité du liquide de la seconde évacuation, par rapport à celui de la première.

On peut répondre immédiatement à cette objection, assez forte en apparence, qu'il existe de nombreux cas où le liquide hydatique reste aussi transparent à la seconde intervention qu'à la première et, où, par conséquent, le parasite est resté vivant.

Il est encore plus difficile d'admettre une diminution de la toxicité du liquide hydatique dans les cas où le parasite affirme sa vitalité en nécessitant toute une série de ponctions successives, comme dans l'observation suivante :

OBSERVATION VI du *traité de l'aspiration* (13). Kyste du foie. Le 21 juillet, on retire, à l'aide d'une ponction aspiratrice, 480 grammes d'un liquide limpide. 1 heure après la ponction, douleurs dans le ventre et l'épaule, avec nausées. Le soir, vers cinq heures, les accidents douloureux s'amendent et quelques zones de démangeaison apparaissent, en différents points du corps. Le lendemain, nous assistons au développement d'une urticaire, avec fièvre, qui envahit successivement le ventre, la poitrine et les bras. L'urticaire persista trois jours... A partir du 7 août, M. DIEULAFOY fit de nouvelles ponctions, *sans observer d'urticaire*...

On rencontre même dans les auteurs la citation d'un cas de DIEULAFOY où il n'a pas été pratiqué moins de 300 ponctions (14).

Au reste les vésicules filles, plongées dans un liquide louche ou même purulent, gardent leur vitalité assez longtemps et, par suite, sont susceptibles de sécrétions. Nous ne voulons comme preuve de cette assertion que l'obs. d'ARCHAMBAULT (12), citée plus haut, où, après trois interventions successives, dont la dernière a été de trente-cinq jours postérieure à la première, et bien que le liquide évacué à la deuxième ponction fût purulent, on trouva des vésicules filles intactes.

Tous les chirurgiens et tous les anatomo pathologistes ont pu observer des faits analogues. A l'appui de la vitalité persistante des vésicules filles, nous citerons encore le fait suivant observé par nous personnellement : des vésicules filles provenant d'un foie kystique de mouton maintenu à la température du laboratoire, et conservées dans une poche incomplètement vidée, à contenu trouble étaient encore vivantes, quatre jours après l'évacuation partielle du liquide. Au reste, cette longue vitalité des vésicules filles est nécessaire pour expliquer l'infestation des carnivores par les organes contaminés des herbivores.

Pour conclure, on voit que si chacun des mécanismes précédents est susceptible d'expliquer quelques faits particuliers, aucun ne peut prétendre s'appliquer à la totalité des observations ; qu'ils semblent même se contredire les uns les autres ; et, enfin, qu'aucun des faits observés jusqu'à présent ne plaide d'une façon convaincante contre l'hypothèse de la possibilité d'une immunisation massive de l'organisme, à la suite de l'absorption d'une quantité notable de toxines hydatiques.

Cette hypothèse, au reste, ne prétend nullement être exclusive des autres et on conçoit très bien, au contraire, que des mécanismes pathogéniques multiples puissent, selon les cas, venir se prêter une aide mutuelle ; n'est-ce pas la règle dans la plupart des phénomènes pathologiques ?

En résumé nos recherches établissent :

1° Que le point de congélation du liquide hydatique est sensiblement égal à celui de la lymphe : $\Delta = -0°63$.

2° Que la membrane hydatique est perméable dans les deux sens aux substances cristalloïdes et colloïdes.

Ces constatations physiques expliquent le peu d'intensité des échanges moléculaires entre le parasite et son hôte et aussi les phénomènes d'intoxication brusque qui suivent des échanges osmotiques intenses, tels que ceux provoqués par une ponction incomplète. C'est un mécanisme auquel il faut attribuer une valeur variable selon les cas, mais certaine et insoupçonnée jusqu'ici.

L'hypothèse de l'immunisation de l'organisme de l'hôte vis-à-vis des toxines parasitaires s'appuie sur une loi de pathologie générale : la formation facile d'antitoxines dans l'organisme des animaux recevant des toxalbumines étrangères ; et sur une série de faits cliniques qu'elle explique : à savoir la prédominance des phénomènes d'intoxication hydatique dans les premiers temps de l'évolution spontanée de l'échinococcose ; l'absence ou la faiblesse de réaction de l'organisme à une seconde dose massive de poison. Elle n'a pas encore reçu de démonstration expérimentale.

(14) Potherat. Thèse de Paris 1889.

Note sur la diazoréaction d'Ehrlich

par MM. **Deléarde**, agrégé
et **Hautefeuille**, interne provisoire des hôpitaux

Plusieurs auteurs, Michaelis en particulier, ont observé l'existence de la diazoréaction d'ERLICH dans les urines des malades atteints de fièvre typhoïde et de tuberculose pulmonaire.

Nous avons eu l'occasion de rechercher cette réaction chez un certain nombre de typhoïdiques ; nous ne l'avons

trouvée que chez des malades gravement atteints. De plus, nous avons remarqué que cette réaction existe pendant toute la période fébrile, diminue dès que la température baisse et que la quantité d'urine augmente, et disparaît complètement un jour ou deux avant la chute définitive de la température; dans plusieurs cas, sa disparition nous a permis de prévoir la défervescence. Nous avons également fait quelques expériences ayant pour but de rechercher l'origine des substances productives de cette diazoréaction.

Burghart déclare que le tannin, l'iode, l'acide phénique, la créosote ingérés par des fébricitants sont susceptibles de provoquer la diazoréaction.

Nous avons donné à plusieurs reprises à des tuberculeux à diverses périodes 4 gr. de tannin, 1 gr. de teinture d'iode de la créosote à des doses variables, jamais nous n'avons observé la diazoréaction à la suite de ces divers traitements. Baccaroni et Cevidali ont constaté que si on fait ingérer 3 gr. de salol à des malades présentant la diazoréaction, cette réaction disparaît pendant les 24 h. qui suivent l'ingestion de ce médicament.

Nous avons vérifié ce fait chez 5 typhoïdiques.

Nous leur avons donné 3 gr. de salol en 3 cachets dans l'après-midi à 3 heures d'intervalle, dans 3 cas l'urine de la nuit et du lendemain matin présentait une diazoréaction négative, dans les 2 autres cas, une diazoréaction positive mais très légère. On peut supposer a priori que le salol agit dans ce cas comme antiseptique intestinal. Pour justifier cette hypothèse nous avons fait absorber à nos malades des antiseptiques intestinaux variés dans les mêmes conditions que le salol: 3 gr. de benzo-naphtol ont supprimé la diazoréaction dans 2 cas, l'ont diminuée dans un autre; 3 gr. de bétol ont dans 2 cas rendu la réaction moins nette sans la supprimer complètement, 4 gr. d'acide lactique en potion, 3 gr. de saccharine, 4 gr. de levure de bière sèche chez 3 malades ont laissé persister la diazoréaction. Enfin, différents purgatifs, 30 gr. de sulfate de soude, des limonades Roger, absorbés par 5 typhoïdiques, n'ont jamais supprimé la réaction.

La diazoréaction ne paraît donc pas produite par la résorption des produits de putréfaction intestinale puisque des antiseptiques énergiques comme les purgatifs salins ne la diminuent même pas. A l'appui de cette assertion nous avons observé qu'il n'y a aucun rapport entre la quantité d'indican urinaire et l'existence ou l'intensité de la diazoréaction. Chez un homme atteint d'obstruction intestinale datant de 2 jours et ayant une grande quantité d'indican dans l'urine, la diazoréaction n'existait pas. Le salol n'agit donc pas comme antiseptique intestinal. Mais on sait que le salol se dédouble dans l'intestin en acide salicylique et en phénol.

Etudions l'action de chacun de ces corps sur la diazoréaction.

Si on ajoute à une urine présentant la diazoréaction quelques centigrammes d'acide salicylique, cette réaction persiste. Si au contraire on y ajoute quelques gouttes d'acide phénique, la diazoréaction y devient négative.

Voyons, comment agit le phénol dans cette expérience. On peut supposer que son action porte sur le réactif d'Erlich (acide sulfanilique + nitrite de sodium) ou bien qu'elle porte sur les substances indéterminées de l'urine qui produisent la diazoréaction.

Nous avons vérifié qu'en ajoutant du phénol au réactif d'Erlich, ce réactif est encore capable de produire un diazoïque. Nous avons fait l'expérience avec la dimétylaniline, corps qui, en présence d'acide sulfanilique et de nitrite de sodium, donne un diazoïque d'une couleur rouge vif; l'addition du phénol ne gêne nullement la réaction. Donc le phénol agit bien sur les substances productrices de la diazoréaction.

Nous avons d'ailleurs constaté que 3 gr. d'acide salicylique ingérés par 3 de nos malades n'ont nullement modifié la diazoréaction et que 1 g. d'acide phénique l'a supprimée dans 2 cas et en a diminué l'intensité dans deux autres cas.

Cette action du phénol est intéressante; elle nous permet peut-être d'expliquer la diminution d'intensité et la disparition de la diozoréaction à la défervescence des maladies aiguës, ainsi que nous l'avons constaté chez nos typhoïdiques par l'augmentation graduelle des phénols dans l'urine.

De plus, Brieger a observé que dans plusieurs maladies aiguës, la diphtérie, la scarlatine, l'érysipèle, la sécrétion du phénol est très élevée. Or, précisément dans ces maladies, Michaelis a constaté que la diazoréaction, quand elle se montre. apparaît et disparaît aussitôt. On peut donc attribuer l'absence ou la disparition rapide de la diazoréaction dans ces maladies à l'élimination des phénols en grande quantité.

En résumé, nous croyons pouvoir conclure de nos expériences, que la diazoréaction ne semble pas être en rapport direct avec l'intensité des putréfactions intestinales, l'ingestion de la plupart des antiseptiques intestinaux ne supprimant pas cette réaction.

Le phénol, le salol, le benzo-naphtol, le bétol, dont l'ingestion affaiblit ou fait disparaître la diazoréaction, paraissent agir sur les substances de l'urine productrices de la diazoréaction, grâce à leur fonction phénol.

Restauration ostéogénique d'une phalangette

Par M. le docteur **H. Folet**

Vers le mois de mars 1901, on m'amena un jeune homme de 17 ans qui, atteint d'un panaris de l'index droit, avait

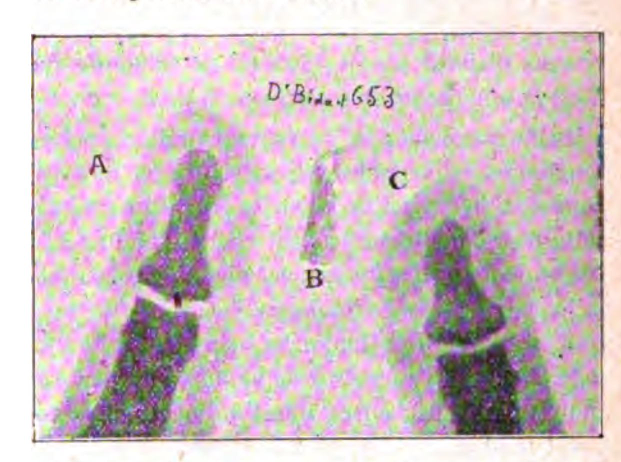
été soigné par des moyens trop exclusivement médicaux : bains et cataplasmes. Puis une petite ouverture s'était faite spontanément ou avait été pratiquée au bout du doigt (je ne me rappelle plus au juste) ; les phénomènes aigus de phlegmasie s'étaient calmés, mais la plaie suppurait depuis des semaines. Un examen au stylet me fit constater la dénudation de l'os et, au moyen d'une pince à mors fins, il me fut facile d'extraire la totalité de la phalangette, que je vous présente. Elle est complète, sauf une mince lamelle de tissu compacte de la face externe de l'osselet. A la suite de cette extraction, le segment digital désossé se laissait plier comme s'il eut été en caoutchouc.

Je savais, pour l'avoir vu vingt fois, ce qui allait advenir : la fistule se cicatriserait en quelques jours, mais le fourreau périostique vide se ratatinerait sur lui même et l'os nouveau qui s'y formerait serait un noyau court et informe. L'ongle n'étant plus soutenu par le squelette phalangettique, se recourbe, et lentement s'incline vers la face palmaire, tortu et irrégulier. Si bien qu'au bout d'un an le doigt est terminé par une sorte de moignon garni à son extrémité d'une griffe accrocheuse. C'est aussi disgracieux qu'incommode ; et bien des malades viennent nous demander d'amputer cette extrémité désagréable, préférant un doigt raccourci, mais muni d'un bout régulièrement arrondi et exerçant facilement ses fonctions tactiles et préhensives, à une phalangette inégale et crochue.

Cependant je me dis que, si, dans l'espèce, on parvenait à maintenir bien étendu cet étui périostique où l'ostéogénèse devait déjà avoir une amorce de forme allongée (lamelle de face externe restée adhérente à la surface endopériostale), on obtiendrait sans doute la restauration d'un osselet cylindroïde qui jouerait le rôle de la phalangette éliminée. Et, vu l'intensité de la vie osseuse chez les jeunes sujets, tout cela devait se faire en peu de mois.

Je fabriquai donc une petite demi-gouttière en tarlatane plâtrée, s'appliquant exactement sur la face palmaire de l'index demi-fléchi. La demi-flexion est moins gênante pour l'immobilisation d'un doigt unique. Le jeune homme devait d'ailleurs rentrer au collège et il pouvait, de la sorte, écrire, à la rigueur, en tenant la plume entre le pouce et le médius. Le doigt, emboîté dans sa demi-gouttière, y était maintenu et fixé par une bande en tarlatane. On devait garder deux mois cet appareil, *jour et nuit* ; seulement tous les soirs libérer le doigt un quart d'heure et lui faire faire une vingtaine de fois de suite des mouvements de flexion et d'extension, pour maintenir la souplesse des jointures et le libre glissement des tendons dans les gaînes. Au bout de deux mois, on cesserait de porter l'appareil le jour, pour ne le plus porter *que la nuit*. Si même la gouttière plâtrée était, au bout de deux mois de service, fort démolie, on pourrait la remplacer par une petite planchette quelconque formant attelle digitale. J'écrivis d'ailleurs au médecin du Collège pour le prier de surveiller la chose.

Je ne revis mon malade qu'aux grandes vacances. Le bout du doigt avait l'aspect normal, le segment phalangettique un tantinet plus court, l'ongle régulier et bien étalé. L'os reproduit est solide.



L'obligeance de mon excellent collègue et ami Bédart, l'habile radiographe, me permet de vous montrer cette épreuve simultanée des deux index, le sain en A, le malade en C. Vous voyez que, comme forme et comme volume, la restauration ostéogénique est parfaitement satisfaisante. Entre les deux doigts, en B, figure la phalangette primitive nécrosée et éliminée il y a un an. Elle paraît seulement plus petite que les os des index, parce qu'étant posée à même sur la plaque sensible, plus rapprochée par conséquent de cette plaque que le squelette des doigts qui en était séparé par l'épaisseur des parties molles palmaires, sa silhouette s'est dessinée plus mince que celle des os des doigts voisins A et C.

On peut donc, avec des soins, arriver, au moins chez les jeunes sujets où l'ostéogénie est active, à diriger ce processus de réparation de façon à éviter la déformation des doigts à la suite d'élimination même de la phalangette complète après panaris. C'est un résultat qui, chez l'homme comme chez la femme, n'est pas à dédaigner au point de vue de la valeur fonctionnelle et de l'esthétique de la main.

Consultations Médico-Chirurgicales

OCCLUSION INTESTINALE

Dr R. Le Fort.

Informations cliniques. — 1° Un individu, jouissant ordinairement d'une bonne santé, est pris brusquement, sans cause apparente, d'une douleur atroce dans l'abdomen. Très rapidement, des symptômes de dépression apparaissent, le facies du malade exprime l'angoisse la plus vive, et, bien

que le thermomètre annonce plutôt un abaissement de température qu'une élévation, le pouls misérable, la respiration pénible, la voix éteinte ne permettent pas de douter de la gravité de la situation. Aux nausées succèdent des vomissements, alimentaires au début, bientôt bilieux et muqueux, plus tard fécaloïdes. La constipation est absolue au bout de peu de temps, ni selles ni gaz ne passent par l'anus. Le ventre, d'abord plutôt rétracté, se ballonne rapidement. C'est là une *occlusion intestinale aiguë.*

2° Un autre malade, souvent un vieillard, présente depuis longtemps des troubles digestifs. Il a eu des périodes de constipation suivies de débâcles, peut-être même un peu de sang noir dans les selles, parfois des coliques et même du ballonnement, il a maigri, et voici qu'une période nouvelle de constipation se prolonge. Il a pris, suivant son habitude, le purgatif ordinaire, et il a vomi et souffert davantage. Le ventre augmente de volume, devient sensible, les mouvements des anses intestinales se dessinent sous la paroi tendue. La situation s'aggrave. Les matières et les gaz sont complètement arrêtés, les vomissements se répètent plusieurs fois dans la journée, l'appétit a disparu, la langue est sale, le pouls mauvais la température basse, la peau humide et froide. *L'occlusion intestinale est chronique.*

3° Mais dans ces deux formes, aiguës et chroniques, que de types divers ! Ici, l'occlusion aiguë s'installe brusquement chez un sujet sain ; ici, quelques troubles digestifs ou même de véritables prodromes ont précédé la scène ; ici, c'est une opérée qui deux ou trois jours après une laparotomie fait une occlusion grave ; là, c'est un vieux constipé qui arrive lentement à l'occlusion complète chronique ; là, c'est une occlusion incomplète et ancienne qui subit une poussée aiguë, etc. — Chez tous, c'est l'*occlusion*, témoignant d'un obstacle au cours des matières.

Indications cliniques et pathogéniques. — Dans chaque cas, il faut lever ou tourner l'obstacle. Comment ? Cela dépend de la nature et du siège de l'obstacle, de l'âge et de l'état du blessé, et aussi du milieu ambiant.

Avant tout, et dans chaque cas, on explorera les orifices herniaires, non seulement l'anneau crural et le canal inguinal, mais l'ombilic et ses environs, le trou obturateur, les régions ischiatique, lombaire et périnéale ; on explorera le rectum, aussi haut que possible. Pas de hernie, pas de néoplasme rectal, vous avez en outre éliminé les coliques hépatiques ou néphrétiques, les empoisonnements ; il s'agit bien d'une occlusion... ou d'une péritonite, nous y reviendrons. On recherchera ensuite quels sont la nature et le siège de l'obstacle au cours des matières. On le saura parfois ; assez rarement dans l'occlusion chronique, rarement dans l'occlusion aiguë, quoi qu'en dise KIRMISSON.

Dans l'occlusion chronique, on reconnaîtra surtout le cancer du gros intestin, cause fréquente, quelquefois des obstructions par masses fécales ou des sténoses consécutives à des inflammations anciennes et connues du péritoine ou des organes pelviens. Dans l'occlusion aiguë on reconnaîtra parfois l'invagination, rarement le volvulus, très rarement les occlusions par brides, torsions, etc. En somme, tantôt on aura un diagnostic ferme, plus souvent on restera dans le doute.

On sera mieux fixé en général sur le siège élevé ou inférieur, grêle ou colique de l'obstacle, parfois encore on restera dans le doute.

Traitement. — La conduite à tenir est différente suivant que l'on a pu apprécier le siège et la nature de l'obstacle ou que l'on n'a pu les préciser.

A. *OBSTACLE CONNU, DIAGNOSTIC PRÉCIS.* — 1) **C'est un cancer de l'intestin.** Qu'il soit inopérable ou non, ne l'enlevez pas : Pour le moment, vous traitez une occlusion et non un cancer. Courez au plus pressé, évitez la stercorémie. **L'extirpation d'un cancer du gros intestin au cours d'une occlusion est une faute** ; la vacuité de l'intestin est indispensable pour donner au malade des chances sérieuses de survie par l'entérectomie.

a) Le cancer siège sur l'intestin grêle : **l'anus contre nature est presque un arrêt de mort,** c'est quelquefois pourtant la seule ressource sur des malades trop faibles pour supporter une autre intervention. L'entéro-anastomose est l'opération de choix, grave il est vrai. L'extirpation sera très rarement indiquée.

b) Le cancer siège sur le gros intestin : ici l'anus contre nature reprend toute sa valeur. α) La tumeur est-elle extirpable, c'est l'**anus temporaire**, l'abouchement simple à la peau qu'il faut faire ; plus tard on pourra rétablir le cours des matières et enlever le néoplasme. β) La tumeur n'est pas enlevable. C'est alors l'**anus définitif** que l'on pourra établir. Si le malade est plus résistant, si la tumeur laisse perméable en-dessous d'elle un segment intestinal suffisant, l'exclusion unilatérale de l'intestin avec abouchement de l'iléon, dans l'S iliaque est le meilleur procédé.

2) **La tumeur est extérieure à l'intestin.** Si la tumeur qui gêne la circulation des matières est extérieure à l'intestin, ne fait que le comprimer, est extrinsèque en un mot, son ablation est indiquée, cela va de soi ; **l'entérostomie n'est légitime que dans les cas graves et pressants.**

3) **Il s'agit d'une invagination intestinale.** C'est chez un enfant et vous avez perçu nettement le cylindre intestinal épais et dur. Presque toujours il vous reste des doutes ; il y a les plus grandes chances pour que ce soit un invagination, c'est peut-être autre chose. Si vous le pouvez, faites la **laparotomie** et, malgré CHAPUT, réservez l'anus contre nature aux cas très graves, en mauvais milieu chirurgical.

4) **Il s'agit d'une occlusion postopératoire.** C'est une

opérée qui ne vas-pas à la selle depuis 3 ou 4 jours, depuis son opération. Vous n'avez pas enlevé de grosse tumeur, vous n'avez pas à craindre la chute du côlon transverse et la plicature de l'angle du côlon, c'est une fausse occlusion. Un **purgatif**, un peu de **strychnine** et tout rentre dans l'ordre; ou bien l'incertitude du diagnostic recommence.

B) *OBSTACLE INCONNU OU DOUTEUX, OCCLUSION AIGUE.* — Ce sont surtout ici les invaginations, les torsions, les hernies internes, rarement les tumeurs, les compressions, les rétrécissements, etc. **La première règle est d'agir tôt**, car, avant la perforation intestinale, la péritonite et les complications ordinaires de l'occlusion, la stercorémie est là, plus grave, qui s'installe dès le début, progresse et menace.

Deux moyens d'action sont en présence : la laparotomie, l'entérostomie. **Préférez la laparotomie.**

1° L'obstacle siège plus souvent ici sur l'intestin grêle, et l'anus sur le grêle est excessivement grave ; 2° l'obstacle peut souvent être reconnu au cours de l'opération et souvent aussi levé : 3° elle suffit parfois, dans l'ileus paralytique. Pour ces raisons vous aurez recours à la **laparotomie**.

Mais, il y a des contre-indications : l'âge avancé, l'état trop grave du patient, la mauvaise qualité chirurgicale du milieu ambiant et encore, si vous savez vous y prendre votre inexpérience de la chirurgie abdominale — ceci irrémédiable pour une opération d'urgence. — Ne vous lancez pas tête baissée dans une laparotomie, si ce n'est pas votre métier; c'est quelquefois très difficile de reconnaître d'abord, de lever l'obstacle ensuite et de faire cela vite, bien, proprement.

Qu'elle vienne de vous ou d'autres, s'il y a contre-indication à la laparotomie, faites l'**entérostomie**, et pour cela, une petite incision iliaque ; prenez la première anse dilatée, sortez-la, ouvrez-la s'il y a urgence, fixez à la paroi par quelques points, c'est fini, simple et facile ; et la cocaïne suffit.

Plus simple et plus facile encore, **le traitement médical vaut le taxis dans la hernie étranglée.** C'est une perte de temps, il doit être rangé au nombre des complications de l'occlusion aiguë.

C. *OBSTACLE INCONNU OU DOUTEUX*; *OCCLUSION CHRONIQUE.* — L'occlusion est chronique; nous voici moins pressés. Toutes proportions gardées, on prend l'habitude de la stercorémie comme de la morphine ou du tabac. Aussi, le traitement médical est-il défendable au début et jusqu'à un certain point.

TRAITEMENT MÉDICAL. — Il y faut de la mesure et il convient de choisir parmi les procédés.

Les **purgatifs** sont souvent plus dangereux qu'utiles; s'ils guérissent quelques obstructions intestinales, ils compliquent plus souvent la situation qu'ils ne l'améliorent.

Les **insufflations dans le rectum, le massage**, rarement efficaces, présentent de réels dangers.

L'**inversion**, anodine, ne donne guère que des insuccès.

Les **ponctions capillaires** sont abominables, dangereuses et inutiles.

Le **lavage de l'estomac** donne parfois des résultats ; on peut l'essayer si la famille ou le malade le réclament.

L'**entéroclyse**, vulgò lavement, est un bon procédé. L'injection doit être faite à l'aide d'une grosse sonde de caoutchouc remontant aussi loin que possible dans le rectum, elle doit être poussée lentement, progressivement, être abondante, c'est-à dire qu'il faut injecter plusieurs litres de liquide. L'eau est bonne, l'huile meilleure.

Le **lavement électrique**, aussi, a donné de nombreux succès. Son emploi est plus délicat. Il nécessite une bonne machine électrique à courants continus, susceptible de fournir un courant d'une intensité de 40 à 50 milliampères.

Une électrode, la positive, plaque large et mouillée, est appliquée sur le ventre du patient, l'autre, sonde en gomme à mandrin métallique, placée dans le rectum, remplie d'une solution d'eau salée tiède. Le courant, amené progressivement vers 30 milliampères, sera renversé de cinq en cinq minutes quatre fois environ. Il faut **avoir soin de ramener l'intensité à zéro pour renverser le sens du courant.**

Ces trois moyens sont bons ; ils réussissent merveilleusement dans l'obstruction intestinale, simple, quelquefois dans la parésie intestinale, rarement ailleurs.

Ils ont l'avantage de ne faire perdre que peu de temps; s'ils échouent, **il faut être prêt à employer de suite des moyens plus directs.**

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — En général, le traitement médical n'a été que trop essayé quand on est appelé.

Le traitement chirurgical est alors la ressource nécessaire.

On a affaire surtout à des tumeurs, à des compressions larges, à des rétrécissements, des invaginations chroniques, etc., et, le plus souvent, à des obstacles siégeant sur le gros intestin.

Les deux méthodes déjà indiquées restent en présence : l'entérostomie, la laparotomie.

Par la laparotomie, vous ne trouverez pas toujours l'obstacle, vous ne pourrez pas toujours le lever ; le malade est du reste souvent âgé, profondément infecté. L'entérostomie, moins grave, pourra ordinairement être faite sur le gros intestin, et vous la préférerez presque toujours, tout au moins en dehors des hôpitaux. Elle sera faite dans la région iliaque droite, sur la première anse qui se présente, le cœcum si possible.

La laparotomie dans l'occlusion. — La laparotomie sera médiane. **Le ventre ouvert, cherchez le cœcum.** Il est dilaté, l'obstacle siège sur le gros intestin ; il est vide, l'obstacle siège sur le grêle. A partir du cœcum déroulez l'in-

testin rapidement jusqu'à l'obstacle, reconnaissez celui-ci et levez-le, si possible.

a) **L'obstacle n'est pas reconnu.** — Il n'est pas toujours facile, ni même possible de reconnaître l'obstacle ; en ce cas, faite de suite l'**anus contre nature** sur l'anse dilatée la plus basse.

b) **L'obstacle est réductible.** — 1) C'est une *invagination* : désinvaginez sans forcer, c'est possible parfois très tard, six mois, neuf mois même après le début.

2) C'est une *hernie profonde*, même traitement.

3) C'est un *volvulus*, c'est une *torsion* : détordez, et si la torsion menace de se reproduire, fixez, comme Roux, l'anse à la paroi.

4) Fixez de même, comme Villemin et Périer, des *coudures* réduites qui tentent de se recouder à nouveau.

5) C'est une *bride*, rien de plus simple que de la sectionner.

6) C'est un *diverticule* qui enserre, coude ou comprime l'intestin, il faut le réséquer.

7) C'est un *corps étranger* qui obture le conduit digestif et peut glisser dans le cœcum, ne le faites cheminer dans l'intestin que s'il est proche du cœcum et se prête au mouvement.

8) C'est une *compresse oubliée dans le ventre*, enlevez-la sans témoins indiscrets si possible, la presse et les juges veillent.

c) **L'obstacle est irréductible.** — Trois traitements seront en présence dans la plupart des cas : la résection, l'entéro-anastomose, l'anus contre nature. L'état de l'intestin dictera souvent la conduite à tenir.

La résection sera réservée aux seuls malades résistants et aux chirurgiens autorisés.

L'entéro-anastomose simple, ou associée à l'occlusion unilatérale, sera le traitement de choix en cas de tumeurs inenlevables, de compressions larges, de rétrécissements.

L'anus contre nature sera l'opération de nécessité ; la plus rapide, la plus bénigne aussi, au moins immédiatement. Cet anus sera *provisoire*, si le rétablissement des matières par les voies naturelles doit être espéré, *définitif* si la perméabilité est fatalement compromise à tout jamais. Dans le premier cas, une toute petite bouche à la paroi suffit, c'est l'entérostomie ; dans le second, il faut aboucher largement à la paroi une anse que, d'emblée ou en deux temps, on coupera en travers, cherchant ainsi dès le début la formation d'un large éperon, l'abouchement large et facile du bout supérieur, et frappant de suite le bout inférieur de déchéance définitive.

Certains obstacles irréductibles pourront exiger un **traitement particulier**. Ainsi, quelques invaginations irréductibles pourront être enfouies dans le cylindre invaginant ; un ou deux rangs de sutures uniront les bords séreux du collet (cylindre invaginant) à ceux du cylindre invaginé pour éviter la perforation. C'est le **tout à l'égoût**. Plus souvent la résection du boudin invaginé à travers une incision du cylindre invaginant sera nécessaire.

Les corps étrangers pourront être extraits par une **incision** sur le bord convexe de l'intestin, suivie de sutures. Cette conduite est infiniment préférable au morcellement, au broiement, à l'acupuncture de ces corps étrangers.

d) **Il n'y a pas d'obstacle réel.** — Il s'agit alors de fausses occlusions, dues à de la paralysie intestinale, ou plus rarement de la contracture intestinale.

1° *Paralysie intestinale.* — α) Assez souvent, on a cru faire une laparotomie pour occlusion, on tombe sur une *péritonite*. Nettoyer le péritoine avec des compresses sèches, chercher rapidement la cause, un appendice à réséquer, une perforation à fermer par quelques points séro-musculaires, puis séro-séreux, un pyosalpynx à enlever, une hématocèle à traiter (ce qui ne serait pas arrivé si l'on avait fait le toucher vaginal), telle est la conduite à tenir, mais c'est là le traitement de la péritonite et non plus de l'occlusion.

β) Dans d'autres cas, il n'y a que quelques granulations tuberculeuses, ou même aucune trace d'obstacle ; c'est alors l'*ilœus paralytique*. En pareil cas, la laparotomie paraît avoir par elle-même une action efficace. Vous serez encore plus certain de son action curative, si vous pratiquez une toute petite entérostomie sur une des anses dilatées.

2° Enfin, on a vu parfois le *rétrécisssement intestinal lié à des contractures segmentaires de l'intestin*. La laparotomie paraît avoir la même efficacité que dans l'ilœus paralytique ; en cas de persistance des troubles, les **antispasmodiques** et les **antinerveux** pourraient être indiqués.

L'opération terminée, les anses moutonnent parfois et refusent de rentrer dans le ventre. Entourez-les d'une compresse, engagez les bords de la compresse dans le ventre et fermez celui-ci en retirant peu à peu la compresse ; ou encore, faites soulever fortement les bords de la paroi par votre aide avec les doigts ou deux anses de fil, de façon à augmenter la capacité abdominale, et, pendant ce temps, cherchez à réduire.

Si ces moyens ne suffisent pas, **incisez franchement une anse distendue** en protégeant bien tout l'intestin par des compresses, et videz ces anses ballonnées jusqu'à ce que la réduction soit aisée ; fermez alors soigneusement l'anse et réduisez.

Traitement de l'anus contre nature. — Ainsi, de ces malades, les uns sont guéris définitivement, les autres sont porteurs d'une infirmité répugnante, l'anus contre nature. Cet anus lui-même, établi pour sauver la vie, n'est pas fatalement définitif.

S'il s'agit d'une tumeur maligne inopérable, reconnue au cours de l'intervention ou ultérieurement, il faut laisser cet utile anus définitif.

En cas contraire, deux éventualités se présentent : a) le cours des matières se rétablit ; b) le cours des matières ne se rétablit pas.

a) **Le cours des matières se rétablit.** — Parfois alors, les petites bouches d'entérostomie se ferment d'elles-mêmes ; si elles ne se ferment pas ou s'il s'agit d'anus vrai, l'occlusion chirurgicale par les divers procédés d'**entérorrhaphie** est absolument indiquée.

b) **Le cours des matières ne se rétablit pas.** — L'anus a été établi d'urgence, et aujourd'hui, la santé du malade est bonne, l'état général s'est relevé, faites la laparotomie et cherchez l'obstacle.

Cet obstacle peut être levé, levez-le ; il n'est pas levable, supprimez-le si possible, par la résection par exemple, ou, plus souvent, faites l'**entéro-anastomose** qui rétablira le cours des matières et, du même coup ou secondairement, fermez l'anus contre nature.

Résultats. — Il n'est pas possible de fournir en chiffres précis le pourcentage de guérisons des diverses opérations pratiquées contre l'occlusion, ni de fixer mathématiquement le coefficient de curabilité des différentes formes de l'affection

Quelle que soit la cause, l'occlusion est extrêmement grave par elle-même, par la stercorémie d'abord, par ses multiples complications ensuite, et si un traitement bien compris donne au malade des chances de guérison, ces chances sont d'autant plus grandes que le traitement aura été entrepris plus tôt. Donc, **ne perdez pas de temps**. Ici comme dans la hernie étranglée **l'opération précoce est souvent le salut** ; qu'est-ce du reste que la hernie étranglée, sinon une occlusion interne ?

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Notre collègue, le docteur Lambling, professeur de chimie organique à la Faculté, a soutenu récemment, à la Sorbonne, sa thèse de doctorat ès-sciences sur **l'action de l'isocyanate de phényle sur quelques oxyacides et leurs éthers**.

Nous sommes heureux de lui adresser nos bien vives et bien sincères félicitations.

— Parmi les distinctions honorifiques dont nous donnons plus loin le détail il nous faut relever les suivantes, qui intéressent notre région du Nord.

Ont été faits *officiers de l'Instruction publique* · MM. les docteurs Canu, d'Ardres (Pas-de-Calais) ; Pollet, de Douai (Nord) ; Riche, de Jeumont (Nord); Wemaere, de Wormhoudt (Nord).

Ont été faits *officiers d'Académie* : MM. les docteurs Baude, de Douai (Nord) ; Berquet, de Calais (Pas-de-Calais) ; Broncquart, de Lumbres (Pas-de-Calais) ; Butruille, de Roubaix (Nord) ; Castri, d'Ault (Somme) ; Decouvelaere, d'Hazebrouck (Nord) ; Gannelon, de Vervins (Aisne) ; Macrez, de Liomer (Pas-de-Calais) ; Mahée, de Verton (Pas-de-Calais) : Thiéry, d'Orchies (Nord) ; Casteau, du Vieux-Condé (Nord).

Notre Carnet

Notre collègue, le docteur G. Lemoine, professeur de clinique médicale à la Faculté, nous fait part de la naissance d'une fille Andrée. Nous lui adressons avec nos compliments nos meilleurs vœux pour la mère et l'enfant.

M. le docteur Decoopman, de Condé-sur-l'Escaut, nous fait part de la naissance de son fils Pierre. Nos meilleurs souhaits.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Clermont. — M. le docteur Gros, chef des travaux physiques et chimiques, est prorogé dans ses fonctions à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie.

Besançon. — M. le docteur Prieur, professeur d'histologie, est nommé directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie.

Amiens. — M. le docteur Moynier de Villepoix, chargé d'un cours de physiologie, est nommé professeur d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie.

Nantes. — Un Concours s'ouvrira le 17 novembre 1902, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Distinctions Honorifiques

Sont nommés *Officier de l'Instruction publique* : MM. Artault, Berrillon, Bruyère, Cambous, Caudron, Coutrest, Debrand, Fouque, Godon, Hellot, Klein, Lacaille, Lenoir, Lereboullet, Mangin-Bocquet, Manson, Marevery, Mercier, Meurisse, Polin, médecin-major aux Sapeurs-Pompiers ; Robert, Stackler, Vigouroux, Vollier, à Paris ; Auger, à Bolbec ; Bardet, d'Anet ; Battesté, de Bastia ; Berton, de Triel ; Binet du Jassoneix, de Meymac ; Blé, de La Roche-sur-Yon ; Boisson et Reddon, à Sceaux ; Bordo, de Chéragas ; Bordone, de Frontignan ; Breucq, à Bayonne ; Calmeilles, à Cazal ; Canu, à Ardres ; Dejeanne, à Bagnères-de-Bigorre ; Depautaine, à Gondrecourt ; Desfilhes, à Bellenaves ; Deshayes, à Rouen ; Gautier, à Bazouges-la-Pérouse ; Godet, aux Sables-d'Olonne ; Godinat, à Chateauroux ; Hoël, de Reims ; Imbert, à Vendôme ; Jammes, à Lalinde ; Lafforgue, à La Tresne ; de Lagenhagen, à Plombières ; Lerat, à Nantes ; Lionet, à Dané-la-Fontaine ;

LORINSY, à Coulommiers ; MARTIN, à Chesne ; MARTIN, à Constantine ; MILET, à Noyon ; NOËL, à Noyers-Saint-Martin ; PETITFOUR, à Brienne-le-Château ; POLLET, à Douai ; PURREY, à Constantine ; RICHE, à Jeumont ; ROBIN, à Reims ; SCHMUTZ, à Matha ; SÈGUY, à Milianah ; SIMBAT, à Bergerac ; THUAU, à Baugé ; TISSIER, à Remiremont ; VAQUIER, à Villiers-sur-Marne ; WEMAERE, à Wormhoudt ; YARDIN, à Laignes.

Sont nommés : *Officier d'académie* : MM. D'ANGELVIN, BELTRAMI, BLOCH, BONNET, BRAUNBERGER, CRÉPEL, DELARUE, DEVIS, DORISON, DUPUYS, DUTEMPS, ERMENGE, FIRMIN, GOVON, LAVAL (Ed.), LEGRAND, LERAY, LESECQ, MÉNARD, PARMENTIER, PERRACHON, PITSCH, RICHARD D'AULNAY, ROUSSEAU (Ed.), SAINTURET, TRIDON, VILLEPRAUDT, ZACHARIADES, à Paris, ; ALLARD, à Duclair ; AMBLARD, de Condat-les-Montboissier ; AMOUREL, à Trun ; ARMAING, d'Aureville ; AUDOUIN, à Bordeaux ; AUBERT, à Constantine ; BARAT, à Saint-Antoine sur-Isle ; BARRAL, à Nîmes ; BAUDE, à Douai ; BÉRARD, à Longèves ; BERNARD, à Flavy-le-Martel ; BERQUET, à Calais ; BERTHAULT, à Sancerre ; BERTHOMIER, à Moulins ; BERTRAND, à Domène ; BIÉTRIX, à Concarneau ; BLANC, à Lyon ; BLOIS, à Saint-Denis ; BON, à Navarreux ; BONNECAZE, à Colombes ; BONNEVILLE, à Mazamet ; BOS, à Lesparre ; BOUDON, à Lacanourgue ; BRANDEIS, à Bayonne ; BREITMANN, à Herbault ; BRIAND, à Lagard ; BRONCQUART, à Lumbres ; BUTRUILLE, à Roubaix ; CACARRIÉ, à Saint-Priest-la-Roche ; CADÈNE, à Toulouse ; CARAGEORGIADÈS, à Saint-Dizier ; CORBOU, à Carcassonne ; CARLOTTI, à Bastia ; CASTAN, à Béziers ; CASTERET, à Toulouse ; CASTIAU, à Vieux-Condé ; CASTRI, à Ault ; CANTON, à Saint-Mihiel ; CÉNAC, à Lombez ; CHAILLOUX, à Saint-Macaire-en-Mauge ; CHAPPARE, à Saint-Fort ; CHARPENTIER, à Neuvy-sur-Loire ; CHAUDEBORDE, à Bordeaux ; CHAUMIER, à Lyon ; CHAUVET, à Champagnolles ; CHAYRON, à Villefranche-de-Longchapt ; CHIBRET, à Aurillac ; CLAUDOT, à Neufchâteau ; CLOZURS, à Beauvais ; COLLET, à Noyers ; COTARMANACH, à Saint-Meloir-des-Ondes ; COULON, à Sotteville-lez-Rouen ; DANIEL, à la Seyne ; DARTEYRE, à Saint-Amand-Tallende ; DASPRES, à à Toulon ; DEBEDAT, à Bordeaux ; DECOUVELAERE, à Hazebrouck ; DELMAS, à Rieu-en-Minervois ; DESCOULEURS, à Droué ; DUBOURG, à Origne ; DUCAMP, à Saint-Lerebès ; DUPONT, à Valmont ; DUPOUY, à Augnax ; EVRART, à Vernantes ; FABRE, à Astaffort ; FAUGÈRES, à Faux ; FAURE, à Riom ; FERRAND, à Marseille ; FLANDRIN, à Grenoble ; FOLACCI, à Bastelica ; FOURNIER, à Sigoulès ; FOURNIOLS, à Montastruc-la-Conseillère ; FRINGUET, à Broux ; GAGNIÈRE, à Choisy-le-Roi ; GANNELON, à Vervins ; GASILIA, à Aspremont ; GAUCH, à Nîmes ; GAUDREZ, à Montreuil-Bellay ; GIROT, à Tillière-sur-Avre ; GOUDARD, à Pau ; GOUFFIER, à Neuilly-sur-Seine ; GOURDON, à Bordeaux ; GUERS, à Mouzaïaville ; GUIGNABERT, à Brioude ; GUILLEMARD, à Thiéblemont ; HERLAND, à Rospodern ; HERR, à Grigny ; HOUDRY, à Taverny ; JACOB, à Saint-Affrique ; JACQUIN, à Jouaville ; JAN-KERGNISTEL, à Merquer ; JANIN, à Vertus ; JAUDOU, à Juvigny ; JOANNY, à Saint-Martin-Valmeroux ; KLEIN, à Nantes ; LACHATRE, à Chantelle ; LAFON, à Bourdeille ; LALANNE, à Maréville ; LAMOLE, à Arbas ; LAMOUROUX, à Montpellier ; LARCHER, à Lagranville ; LASNE, à Aix-en-Othe ; LASSERRE, LAURENT, à Bordeaux ; LEBROU, à Mayet-en-Montagne ; LE NOC, au Faouet ; LETURC, à Saint-Lô ; LEVEL, à Commercy ; MACHEFER, de Vincennes ; MACREZ, de Liomer ; MAHÉE, de Vertou ; MAILHETARD, de Tonnay-Charente ; MARTIN DU MAGNY, de Bordeaux ; MARY, de Nanterre ; MAUNY, de Saintes ; MEUNIER, de Sully-sur-Loire ; MEYNARD, de Marines ; MÉZANGE, de Lassay ; MICHAUD, de l'Isle-sur-le-Doubs ; MILLIOT, de Chavanges ; MONOD, de Bordeaux ; MONOD, de Pau ; OLLIVIER, de Dinan ; PASQUEREAU, de la Boissière du Doré ; PASSANO, de Cognocoli-Monticchi ; PELON, de Montpellier ; PELVET, de Vire ; PETIT, d'Angers ; PILLOT, d'Auxerre ; PIOTAY, de Niort ; PONTHIL, d'Isle-Jourdain ; PORCHAIRE, de Neuvicq ; PORTALIER, de Florac ; POUCHET, de Grignols ; PRÉVOST, de Thiviers ; RABOURDIN, de Voves ; RAVAILLER, de Saint-Amand ; REILHAC, de Betz ; REMIGNARD, de Plémet ; RICHEROLLES, de Montluçon ; ROBIN, de Grand-Serre ; RUMEAU, de Pamiers ; SANREY, de Batna ; SAVIN, d'Apremont ; SEGOND, de Valbonne ; SPIRAL, de Montmédy ; STOURME, de Lyon ; THIERRE, de Vichy ; THIÉRY, d'Orchies ; THOVISTE, d'Amplepuis ; TREMOUX, de Nort ; VADON, d'Aix ; VALAT, de Cahors ; VEILLARD, de Meung ; VERGNIAUD, de Brest.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs DRAPPIER, de Bar-le-Duc (Meuse) ; de MONTGOLFIER, d'Annonay (Ardèche).

BOUTIN, d'Aire-sur-la-Lys (Pas-de-Calais).

VICTOR DUPLESSIER, externe des hôpitaux de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AUX BUREAUX DU JOURNAL

— **Tuberculose et sérums anti-toxiques**, par le docteur BARADAT, de Cannes. Extrait du volume du *Congrès britannique de la Tuberculose*.

— **Sur le traitement hydro-minéral des hypersthéniés gastriques** (hyperchlorhydrie), par le docteur DELÉAGE (de Vichy). Extrait de la *Gazette des Eaux*.

— **Matière médicale zoologique, histoire des drogues d'origine animale**, par le professeur BEAUREGARD, révisé par COUTTIÈRE, avec préface de D'ARSONVAL. Paris, C. Naud, 1901.

— **Le blanc de blomb et le blanc de zinc**, par le docteur BERTIN-SANS. Extrait du *Montpellier Médical*, 1901.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 270. Sixième Année. N° 11. Le Numéro : **10** centimes. 16 Mars 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos de l'examen bactériologique de quelques sécrétions oculaires

par le Dr **E. Painblan**, ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté.

Les affections inflammatoires des membranes externes de l'œil et en particulier de la conjonctive, ont été, depuis ces dernières années, l'objet de nombreuses études bactériologiques. On pensait il y a dix ans que tout microbe pyogène pouvait engendrer une inflammation conjonctivale ou cornéenne ; et on accusait notamment le streptocoque et le staphylocoque.

Les recherches faites en France et à l'étranger sur les sécrétions oculaires, ont montré que les muqueuses et en particulier la muqueuse conjonctivale ne sont pas indifféremment atteintes par tous les microbes pyogènes.

M. Morax, en 1894 — dans sa thèse intitulée : « Recherches bactériologiques sur l'étiologie des conjonctivites aiguës et sur l'asepsie en chirurgie oculaire, » montra que dans la grande majorité des cas de conjonctivites aiguës, l'examen microscopique de la sécrétion permettait de découvrir des microorganismes spéciaux, cause de l'affection. Au Congrès de la Société française d'ophtalmologie en 1897, il insistait sur le grand intérêt que présente au point de vue du diagnostic précis, l'examen microscopique de la sécrétion conjonctivale dans les affections aiguës et chroniques de la muqueuse oculaire. Il ajoutait que cet examen microscopique permet dans la plupart des cas de déterminer l'étiologie de l'affection et qu'il doit être considéré comme un complément nécessaire de l'examen clinique, dans tous les cas où l'étiologie ne ressort pas clairement des commémoratifs ou de l'aspect des lésions.

M. Morax caractérisait les conjonctivites aiguës qu'il étudiait dans sa thèse, non plus seulement par l'examen clinique, mais par l'agent pathogène qui en était la cause. D'autres observateurs tels que MM. Uhthoff et Axenfeld, étudiant les affections de la cornée et en particulier l'ulcère serpigineux, voulaient arriver à une classification étiologique des kératites, et ils s'étaient efforcés de rechercher le rapport existant entre la forme objective de l'infection cornéenne et la nature de cette affection.

MM. Morax et Petit, dans un travail paru dans les Annales d'oculistique en 1898, reviennent sur la question de l'étiologie des conjonctivites, et déclarent qu'on peut, en ce qui concerne les conjonctivites, établir une division basée sur l'aptitude plus ou

moins grande des microbes pathogènes à se développer sur la muqueuse oculaire et à en déterminer l'inflammation. Nous reviendrons sur cette division lorsque nous étudierons les sécrétions conjonctivales.

Plus tard M. PETIT, dans sa thèse sur les infections aiguës de la cornée, conclut que l'étiologie de certaines affections cornéennes, paraît assez certaine, pour que dès maintenant, on ne les confonde pas avec celles sur l'étiologie desquelles le doute plane encore.

Les travaux que nous venons de citer comme étant de beaucoup les plus importants, sur la question, tendent à remplacer la classification classique basée sur la lésion anatomique et sur les signes cliniques, par une classification étiologique basée sur les résultats de l'examen bactériologique. Nous n'en sommes pas encore arrivés là pour toutes les affections kérato-conjonctivales.

Mais cette classification étiologique, sans vouloir englober à l'heure actuelle toutes les affections conjonctivales ou cornéennes, a le mérite de séparer nettement les affections de cause connue et précise, de celles dont l'étiologie est douteuse ou même tout à fait inconnue.

Les résultats obtenus dans cette voie sont trop intéressants pour qu'on ne poursuive pas ces recherches, et, sur le conseil de notre excellent maître, le professeur DE LAPERSONNE, nous avons fait l'examen bactériologique du plus grand nombre possible de sécrétions oculaires. L'immense majorité de nos examens (280 sur 307) a été faite à la clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-Sauveur et nous sommes très reconnaissant à M. DE LAPERSONNE d'avoir bien voulu nous autoriser à publier les résultats de ces recherches faites dans son service et sous sa direction.

Nous avons donc examiné systématiquement pendant plusieurs mois les sécrétions conjonctivales, les produits de raclage d'ulcères cornéens, de pus des hypopyons, des dacryocystites, de quelques suppurations palpébrales et orbitaires. Toujours nous avons fait cet examen bactériologique comme complément de l'examen clinique.

En raison des exigences de la clinique, très chargée en malades ; en raison aussi du caractère pratique de nos recherches, nous avons autant que possible simplifié la technique.

La sécrétion recueillie avec une anse de platine préalablement rougie, puis refroidie, était étalée sur une lame de verre, séchée, fixée à la flamme et colorée.

En général, la coloration par le bleu de méthylène, la fuchsine phéniquée, la thionine suffisent. Dans certains cas, pour différencier certaines formes microbiennes, il était utile de recourir à la méthode de GRAM, c'est-à-dire de faire agir sur la lame colorée au violet de gentiane, la solution iodo-iodurée de LUGOL et de décolorer ensuite à l'alcool.

Les préparations étaient alors examinées au microscope muni d'un objectif 1/12 à immersion homogène. Les micro-organismes se montraient en plus ou moins grande quantité, au milieu de cellules épithéliales, de leucocytes polynucléaires et de filaments fibrineux. Cet examen direct suffisait dans la plupart des cas et au point de vue pratique nous donnait souvent des résultats bien plus nets que le diagnostic par les cultures.

C'est qu'en effet, il existe constamment, dans le cul-de-sac conjonctival normal, des microbes saprophytes en petit nombre, que l'examen microscopique ne peut découvrir. Si cet examen microscopique est pratiqué sur une conjonctive enflammée, il montre, dans la grande majorité des cas, de nombreux éléments d'une même espèce microbienne en rapport de la nature de l'inflammation. Mais si l'on procède à la culture de ces exsudats inflammatoires, il arrive le plus souvent que les saprophytes normaux ou accidentels se développent et faussent le résultat de l'examen, surtout si l'on n'opère pas avec des milieux de culture spéciaux, ce qui n'est pas toujours possible dans un service de clinique.

Dans la grande majorité des cas, c'est donc l'examen microscopique seul qui a été pratiqué.

Nous indiquerons, à propos de chaque variété de microbes, la technique exacte que nous avons suivie, les cultures sur milieux ordinaires ou spéciaux que nous avons eu à faire et aussi les inoculations à l'animal, quand nous avons dû en pratiquer pour définir nettement un microorganisme douteux en nous fixant sur son degré de virulence. C'est à l'Institut Pasteur de Lille, au laboratoire de M. le professeur CALMETTE, que nous avons fait les cultures sur milieux spéciaux et les inoculations.

Dans ces conditions, nous avons pratiqué en quelques mois 307 examens de la sécrétion dans des inflammations oculaires, qui se décomposent ainsi :

Conjonctivites	198
Kératites	48
Dacryocystites	42
Suppurations intraoculaires, palpébrales au orbitaires.	19

Nous passerons en revue successivement les résul-

tats que nous avons obtenus dans l'examen bactériologique des sécrétions provenant de ces diverses inflammations, en les classant d'après la nature du microorganisme que nous y avons rencontré et qui a été reconnu être la cause de l'affection.

A propos de chacun de ces microbes, sans donner une description complète qui nous entraînerait trop loin, nous indiquerons les caractères cliniques spéciaux de l'affection, et nous verrons que fréquemment, ces caractères varient, suivant le microbe causal. Souvent, le simple examen clinique et l'étude des commémoratifs permettent de faire le diagnostic exact de l'affection. L'examen bactériologique, dans ces cas, ne fait que confirmer le diagnostic clinique. Mais souvent aussi l'examen clinique est en défaut et l'examen microscopique forme le complément nécessaire qu'il ne faut pas négliger et dont les indications seront précieuses, dans les cas douteux, pour le pronostic, le traitement et surtout la prophylaxie.

Nous commencerons cette revue par l'étude des 198 cas de conjonctivites dont la sécrétion a été examinée par nous.

Conjonctivites

Nous avons dit tout à l'heure, après M. Morax, que la muqueuse conjonctivale n'est pas indifféremment atteinte par les microbes pyogènes. L'inflammation de cette muqueuse ou conjonctivite comprend un groupe de maladies qui sont bien différentes les unes des autres.

Malgré les progrès réalisés dans ces dernières années, la question de l'étiologie n'est pas encore résolue pour toutes les conjonctivites et en attendant une classification étiologique complète basée sur la bactériologie, nous diviserons au point de vue clinique les affections inflammatoires de la conjonctive en deux groupes : les conjonctivites aiguës et les conjonctivites chroniques.

Nous avons laissé de côté systématiquement les conjonctivites chroniques : conjonctivite granuleuse, conjonctivite folliculaire, etc...

Nous avons examiné 198 cas de conjonctivites aiguës et nous devons dire tout d'abord que dans 10 de ces cas, nous n'avons pu déceler dans la sécrétion à l'examen microscopique, la présence d'aucun microorganisme. Des cultures faites avec ces sécrétions sur les milieux ordinaires, nous ont donné un résultat absolument négatif dans 7 de ces cas ; dans les 3 autres cas nous avons obtenu de rares colonies de staphylocoques blancs ou dorés, auxquels il ne nous semble pas possible d'attribuer d'autre rôle que celui de saprophyte inoffensif. Nous n'avons du reste pas fait de cultures anaérobies.

Dans les 188 autres cas, au contraire, nous avons trouvé des microorganismes, et c'est d'après la nature de ces microbes que nous classerons nos examens. Sans nous attarder sur l'insuffisance de la division des conjonctivites, basée sur l'étude de la lésion anatomique et sur son évolution, nous dirons que depuis les recherches de M. Morax, on peut, au point de vue étiologique, diviser les conjonctivites aiguës en trois catégories :

La première de ces catégories comprend les conjonctivites qu'on pourrait appeler *spécifiques*. Ces conjonctivites spécifiques sont déterminées par des microorganismes spéciaux, toujours les mêmes, que le microscope permet de reconnaître, dont la transmission se fait de muqueuse à muqueuse, et qui, sans autre condition que leur présence, peuvent se multiplier à la surface de la muqueuse conjonctivale et en déterminer l'inflammation. Ces microbes ne persistent pas sur la muqueuse revenue à l'état normal. A ce groupe appartiennent le bacille de Weeks, le diplobacille de Morax et le gonocoque.

La deuxième catégorie est celle des conjonctivites causées par des microbes, hôtes habituels de certaines de nos muqueuses, et qui, dans certaines conditions mal déterminées, acquièrent la propriété de proliférer à la surface d une de nos muqueuses et d'y provoquer une réaction inflammatoire : le pneumocoque rentre dans ce groupe.

Enfin la troisième catégorie est celle des conjonctivites dues à des microbes qui ne créent d'inflammation conjonctivale qu'à titre de comparses et lorsque le terrain leur a été préparé par une infection antérieure : à ce groupe appartiennent le bacille de la diphtérie, le streptocoque, le staphylocoque.

Classant ci-après ces données, les résultats que nous avons obtenus dans nos recherches, nous décomposerons ainsi nos 188 examens positifs :

Conjonctivites spécifiques	Conjonctivites à gonocoques	41	126
	» bacilles de Weeks	68	
	» diplobacilles de Morax	17	
Conjonctivites non spécifiques	Conjonctivites à pneumocoques	21	62
	» bacilles de Löffler	26	
	» streptocoques	9	
	» staphylocoques	5	
	» B. coli	1	

Conjonctivite à gonocoques. — Nous avons toujours

facilement trouvé le gonocoque dans la sécrétion purulente des conjonctivites blennorrhagiques, qu'il se soit agi de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés (29 cas), de la conjonctivite purulente de l'adulte (9 cas), de la conjonctivite leucorrhéique des petites filles (3 cas). La coloration de choix a été la coloration simple à la thionine phéniquée qui nous a donné des préparations très nettes. Le gonocoque se présentait avec ses caractères habituels. Notons cependant que nous n'avons pas toujours trouvé la forme schématique en grains de café — nous avons rencontré des formes arrondies ou irrégulières en volume, il ne s'en agissait pas moins de gonocoques. La décoloration par la méthode de Gram, la forme diplococcique, la disposition en nids, en amas plus ou moins considérables dans le protoplasma des cellules ou en dehors d'elles, au besoin la culture sur bouillon ascite ou gélose ascite confirmaient pleinement qu'il s'agissait bien de gonocoque. Du reste, dans la grande majorité des cas, l'examen direct a suffi.

Dans les ophtalmies du nouveau-né, où la sécrétion était très abondante, nous avons en général trouvé le gonocoque en aussi grand nombre entre les cellules que dans leur intérieur. Quand la réaction conjonctivale était moins marquée, quand l'affection rétrocédait sous l'influence du traitement, les gonocoques étaient moins nombreux et surtout intracellulaires.

Dans les trois cas de conjonctivite s'accompagnant de vulvovaginite, cas qui ont évolué en même temps chez des petites filles d'un orphelinat, les gonocoques étaient très rares et uniquement intracellulaires. Le pus de la vulvovaginite, examiné seulement chez une d'entre elles, montrait, en grande abondance, des gonocoques caractéristiques intra et extracellulaires.

Chez ces trois petites filles, l'affection a été bénigne, le gonflement des paupières et la sécrétion étaient modérés ; le diagnostic clinique n'était pas ferme et c'est l'examen bactériologique qui a permis de le préciser. Dans les neuf cas de conjonctivite de l'adulte, les caractères cliniques et les commémoratifs étaient suffisamment nets pour faire soupçonner la présence du gonocoque et l'examen bactériologique n'a fait que confirmer ce diagnostic ; de même dans la grande majorité des vingt-neuf cas d'ophtalmie purulente. Je dois ajouter cependant que, dans quelques cas, le diagnostic clinique de gonococcie a été infirmé par l'examen bactériologique qui nous a montré ou des pneumocoques ou du bacille de Weeks.

Le gonocoque a persisté très longtemps même dans des cas traités avec énergie dès le début, plusieurs semaines après le début de l'affection, on le rencontrait encore, rare il est vrai et intracellulaire, sa disparition marquait la fin de l'affection. Nous n'avons eu à déplorer de complications cornéennes que dans les cas où le traitement a été commencé plus de 5 jours après le début de l'affection. Le traitement a consisté en une cautérisation quotidienne au pinceau avec la solution de nitrate d'argent à 1/10. La neutralisation se fait rapidement grâce au chlorure de sodium des larmes et nous n'avons jamais employé l'eau salée. Le précipité blanc de chlorure acide qui se forme, ne nous a jamais paru donner d'accidents du côté de la cornée. Des lavages toutes les heures à la solution à 1/2000 de permanganate de potasse, complétaient ce traitement.

Nous avons essayé un moment le protargol, disons tout de suite que pas plus pour la conjonctivite blennorrhagique que pour les autres variétés, il ne nous paraît, même en solution très forte à 1 pour 2, devoir être comparé, comme efficacité, au nitrate d'argent. Cependant son emploi peut être indiqué dans les cas bénins, car il est beaucoup moins douloureux, et la réaction qu'il détermine est beaucoup plus faible que celle que donne le nitrate d'argent.

Conjonctivite à bacille de Weeks ou conjonctivite aiguë contagieuse. — Le petit bacille qui cause cette variété de conjonctivite a été observé par Koch en 1884, en Egypte, et par Weeks en Amérique, puis par Kartulis. C'est un petit bacille très fin qui existe en grande abondance dans la sécrétion de cette forme de conjonctivite. On le trouve facilement par la coloration simple au rouge de Ziehl ou au bleu de méthylène. Il est très petit, et il apparaît sous forme d'un bâtonnet fin, assez court, cylindrique et à extrémités arrondies et légèrement renflées. L'examen microscopique doit être pratiqué avec un assez fort grossissement : l'objectif à immersion 1/12 et l'oculaire 3. Ce bacille ne prend pas le Gram. Nous l'avons ensemencé souvent ; sur gélose ordinaire nous n'avons jamais rien obtenu ; sur gélose arrosée de liquide d'ascite, nous avons obtenu dans quelques cas des colonies fines, transparentes, à peine distinctes à la surface de la gélose et rappelant un peu les colonies de pneumocoque. Ces cultures ont pu être repiquées sur le même milieu et 4 à 5 fois de suite avec succès et purement, sans colonies étrangères.

Les symptômes subjectifs de l'affection sont ceux

de toutes les conjonctivites en général ; je n'insiste pas. Les paupières sont collées ; si on déplisse le cul-de-sac inférieur, on aperçoit de petits filaments blanchâtres qui flottent dans la sécrétion conjonctivale. La muqueuse est injectée, rose (pinck eye de WEEKS), et cette teinte rose de la muqueuse s'accompagnant parfois de très légères ecchymoses sous la conjonctivale bulbaire, nous a paru un signe assez constant dans des cas de conjonctivite à bacille de WEEKS et nous a souvent, à elle seule, permis de poser le diagnostic exact avant tout examen bactériologique.

Mais dans les cas sévères avec chemosis de la muqueuse, œdème des paupières, on pense à une conjonctivite purulente et l'examen microscopique s'impose. La conjonctivite à bacilles de WEEKS peut donc présenter de grandes variations d'intensité depuis la conjonctivite catarrhale simple jusqu'à la conjonctivite purulente la mieux caractérisée, cette dernière forme étant, du reste, très rare. M. MORAX, qui a observé à Paris une épidémie due à ce bacille, s'est fait déposer dans le cul de sac conjonctival, sans traumatisme et sans irritation préalable, une goutte de culture pure de bacille de WEEKS sur gélose. Il a été pris le troisième jour d'une conjonctivite aiguë dont il a pu suivre l'évolution. Il a constaté que le bacille, impossible à déceler par la culture le premier jour, apparaît le deuxième dans la sécrétion, atteint son maximum d'abondance le quatrième jour et persiste jusqu'au neuvième jour. M. MORAX a commencé les cautérisations au nitrate d'argent à 1/50 le troisième jour et le bacille a disparu six jours après.

Nous avons traité nos malades par des cautérisations quotidiennes au nitrate d'argent à 1/30 et par des lavages fréquents à l'eau boriquée. Il nous a semblé que le bacille disparaissait plus rapidement. Après trois ou quatre cautérisations, on ne pouvait plus le mettre en évidence, pas plus par des examens directs répétés que par la culture. Toutefois l'inoculation de la sécrétion à un autre individu n'a pas été faite. (Rappelons du reste ici que nous n'avons obtenu de cultures que dans des cas intenses). La rougeur et la sécrétion persistaient cependant encore quelques jours, tout en diminuant considérablement et l'affection pouvait être considérée comme guérie trois ou quatre jours après la disparition du microbe spécifique.

Conjonctivite à diplobacille de Morax ou conjonctivite subaiguë. — Nous n'avons observé que dix-sept cas de conjonctivites diplobacillaires. L'examen clinique, dans la plupart de ces cas, nous a permis de faire le diagnostic en nous reportant aux descriptions de M. MORAX. Cette variété de conjonctivite s'est rencontrée, surtout chez l'adulte — le plus souvent elle ne donnait lieu qu'à une sécrétion légère plus marquée le matin ; les paupières sont agglutinées au réveil ; l'affection évolue des deux côtés avec une réaction modérée, sans gonflement palpébral bien marqué ; la conjonctive palpébrale est prise surtout ; quelques malades présentaient à l'angle externe de préférence des lésions érythémateuses de la peau (conjonctivite angulaire). La plupart des malades sont venus quelques jours après le début de leur affection, d'autres plusieurs semaines après, les symptômes subjectifs étaient du reste peu accusés ; les deux yeux étaient pris, l'un d'abord, l'autre quelques jours après. Le peu d'intensité des phénomènes observés, dans la plupart des cas, explique, il nous semble, la rareté relative de cette affection à la clinique ; souvent l'ouvrier qui fréquente cette clinique ne se dérangera de ses occupations que si l'affection l'effraie par son intensité ou le lasse par sa longue durée ; une affection d'intensité modérée et dont les troubles subjectifs consistent en fourmillements ou en démangeaisons des paupières, avec sécrétion matinale, ne lui fera pas quitter son travail pour la consultation. Ce que je dis ici ne s'applique, bien entendu, qu'aux cas bénins de la conjonctivite subaiguë. Sur les 17 cas de conjonctivite diplobacillaire que nous avons observés, l'examen clinique a permis le diagnostic dans 13 cas ; dans 2 cas, l'évolution était plus aiguë et nous a fait penser au pneumocoque ou au bacille de WEEKS ; dans 2 cas enfin, il s'agissait de poussées aiguës au cours d'une conjonctivite granuleuse.

L'examen microscopique de la sécrétion conjonctivale a, en tous cas, levé les doutes. On peut la recueillir facilement au niveau de la caroncule (région qui est toujours plus prise que la conjonctive bulbaire). La coloration au rouge de ZIEHL dilué, de préférence, nous a permis de constater la présence en abondance de gros bacilles à bouts arrondis, séparés par un espace clair, fréquemment en chaînettes de 2 ou 3 diplobacilles. Ce bacille ressemble au pneumobacille de FRIEDLANDER, et comme lui, se décolore par la méthode de GRAM, mais il en diffère par l'absence de capsule et la forme plus nettement bacillaire. Il est plus gros que le bacille de WEEKS avec lequel on ne peut guère le confondre, et sa disposition diplobacil-

laire, permet de la différencier des saprophytes du bord des paupières ou de la conjonctive. Nous n'avons pratiqué qu'une fois l'ensemencement sur gélose ascite ; nous avons obtenu des colonies grises, étalées, à contours festonnés, qui, examinées au microscope, nous ont donné les mêmes formes que sur la conjonctive. M. Morax et les auteurs qui, après lui, ont étudié le diplobacille, ont employé de préférence le sulfate de zinc en solution forte. Nous avons employé les cautérisations en nitrate d'argent au 1/30, et les lavages à l'eau boriquée, et en avons obtenu, semble-t-il, d'aussi bons résultats. Le diplobacille diminue progressivement et disparaît à la guérison.

Conjonctivite à pneumocoques. — Sur les 21 cas de conjonctivite à pneumocoques que nous avons observés, 2 concernaient l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, 11 évoluaient chez des enfants au dessous de 10 ans ; les 8 autres concernaient des adultes. En général ces conjonctivites ont été bénignes : elles débutent souvent d'une façon assez intense et la confusion peut être facilement faite avec la conjonctivite à bacille de Weeks chez l'adulte ; avec la conjonctivite blennorrhagique chez le nouveau-né. Dans quelques cas, et chez l'enfant de préférence, l'affection était unilatérale et s'accompagnait d'une légère exsudation pseudo-membraneuse. Mais en général, elle était bilatérale, la sécrétion était abondante ; il existait un léger œdème de la paupière ; les douleurs et la photophobie étaient marquées. La conjonctivite à pneumocoques n'est pas une conjonctivite spécifique et les signes cliniques ne nous ont pas permis, dans la plupart des cas, de poser le diagnostic ferme avant l'examen bactériologique de la sécrétion. Le pneumocoque se présente alors sous forme de diplocoque à éléments ovalaires, il est disposé parfois en chaînettes de deux ou trois éléments. Il prend le Gram, cette réaction sera utile à faire pour le différencier du gonocoque. Il est quelquefois encapsulé, mais bien souvent nous n'avons coloré que difficilement la capsule et même nous n'avons pu arriver à la mettre en évidence. Pour compléter l'examen bactériologique, nous avons fait des cultures et des inoculations. Ces cultures sur bouillon, sur gélose ordinaire ou gélose ascite, nous ont donné les colonies caractéristiques du pneumocoque. Les inoculations à la souris (1/2 centimètre de culture de quarante-huit heures en bouillon) sous la peau, ont le plus souvent tué l'animal en moins de deux jours, et l'on retrouvait dans le sang de la souris les diplocoques typiques encapsulés prenant le Gram.

Nous n'insistons pas sur ces résultats expérimentaux qui sont conformes à ceux que nous avons signalés dans notre thèse sur le rôle du pneumocoque en pathologie oculaire. Le traitement a consisté en cautérisations au nitrate d'argent au 1/30 et en lavages fréquents avec la solution d'acide borique.

Conjonctivites à bacilles de Lœffler. — Dans tous les cas où l'examen direct, suivi de culture et parfois d'inoculation, nous a démontré la présence du bacille de Lœffler, le diagnostic avait été fait d'après des signes cliniques : gonflement palpébral considérable, paupières œdématiées, violacées ; la paupière supérieure dure, en contact avec l'inférieure, ne peut se relever spontanément. Si on écarte les paupières, il s'écoule en abondance du muco-pus épais.

On constate sur la conjonctive tarsienne une exsudation fibrineuse blanchâtre, continue, adhérente à la muqueuse. Si on essaie d'enlever cette fausse membrane on y arrive difficilement et la muqueuse saigne, la conjonctive bulbaire est chémotique, alors même qu'il n'y a pas encore de lésions de la cornée. Nous n'avons pas observé de conjonctivite diphtéritique chez l'adulte, ni chez le jeune enfant. Nos 26 cas concernent des enfants de deux à douze ans. L'examen direct a toujours été fait d'abord par la coloration simple, puis la méthode de Gram et dans la plupart des cas, il nous a permis de reconnaître le bacille de Loeffler à ses caractères morphologiques habituels qu'il est superflu de rappeler ici.

Ces bacilles n'ont jamais été rencontrés par nous en nombre considérable et leur nombre dans une préparation ne peut se comparer à l'abondance du bacille de Weeks, du gonocoque, etc. La culture sur sérum coagulé, faite ensuite, nous a confirmé notre diagnostic. Dans les cas où l'examen direct ayant été négatif, la culture a donné des résultats, quelquefois un peu tardifs, nous avons procédé à des inoculations pour faire le contrôle rigoureux de l'identité du bacille. Le résultat positif de l'inoculation au cobaye nous a permis de conclure à l'existence de diphtérie vraie, à l'exclusion des bacilles pseudo-diphtériques. C'est qu'en effet à l'état normal comme à l'état pathologique, on rencontre sur la conjonctive des bacilles saprophytes, qui, en raison de leur petit nombre, ne gênent pas l'examen direct, mais qui, donnant sur sérum des colonies analogues à celles du bacille diphtérique virulent, peuvent fausser les résultats. L'inoculation

était donc nécessaire pour affirmer qu'il s'agissait bien de diphtérie vraie. L'inoculation ne donne son résultat qu'au bout de quelques jours ; il ne faut donc pas l'attendre pour appliquer le traitement. Ce traitement a consisté localement en lavages au sublimé à 1/3000, et instillations et attouchements au jus de citron ; et surtout l'inoculation de dix à vingt cm³ de sérum de Roux, selon l'âge, a été pratiquée immédiatement ; avant le résultat de la culture et même dans des cas où l'examen microscopique était douteux. Nous n'avons eu qu'à nous louer de cette pratique. Jamais nous n'avons observé d'accidents post-sérothérapiques.

Le sérum de Roux s'est montré d'une efficacité telle, que nous avons toujours vu l'affection s'arrêter le lendemain et rétrocéder. Nous reparlerons de cette action curative rapide à propos des kératites.

Un exemple montrera la gravité de la conjonctivite diphtéritique, abandonnée à elle-même. Il s'agissait d'un enfant de quatre ans, dont la mère refusa l'injection de sérum et, malgré tout, se sauva, emportant son enfant. Cet enfant avait une conjonctivite diphtéritique d'intensité moyenne, le chemosis était peu accentué, la cornée ne semblait pas menacée. Huit jours après, M. le professeur Ausset, chargé du pavillon de la diphtérie, nous faisait appeler et nous trouvions dans son service, avec une diphtérie pharyngo-laryngée, l'enfant en question. La cornée était complètement détruite et l'œil perdu. Sous l'influence d'injections de sérum de Roux, l'enfant guérit parfaitement de sa diphtérie pharyngée, et l'autre œil ne fut pas atteint. En regard de ce cas déplorable, nous pouvons mettre les quatorze cas où des conjonctivites diphtéritiques d'intensité variable nous ont été présentées avant que la cornée fût atteinte ; dans aucun de ces cas la cornée ne s'est prise et l'affection a guéri sans laisser de traces. Dans un cas la diphtérie s'est montrée associée au pneumocoque, celui-ci était de beaucoup le plus abondant à l'examen direct. Cultivé et inoculé, il n'a pas tué la souris. Au contraire, le bacille de la diphtérie a tué le cobaye; l'enfant a guéri du reste par une injection de 10 cmc. de sérum. Peut-être pourrait-on admettre ici que le pneumocoque a préparé la voie à l'infection diphtérique ?

Conjonctivites à streptocoques. — On peut rencontrer le streptocoque associé au bacille de la diphtérie, deux fois nous avons constaté cette association, et la conjonctivite dans dans ces deux cas a été particulièrement sévère et s'est accompagnée de lésions cornéennes étendues. Mais d'autre part dans neuf cas de conjonctivite nous avons rencontré le streptocoque pur. Dans quatre cas, il s'agissait de catarrhe conjonctival violent avec réaction abondante et teinte violacée de la muqueuse ; l'un de ces cas concernait un enfant de 10 jours ; ces cas guérirent sans incident. Les cinq autres cas revêtaient l'allure de conjonctivites pseudo-membraneuses, Dans deux cas, les membranes étaient peu épaissies, très peu adhérentes. En les détachant on ne faisait pas saigner la conjonctivite. Les 3 autres cas à l'examen en imposaient pour de la diphtérie ; l'examen bactériologique rectifia le diagnostic, dans deux de ces trois cas, il y eut des complications cornéennes. Le traitement consista en cautérisations au nitrate d'argent; lavages à l'eau boriquée ou au sublimé à 1/3000 et en applications de pommade iodoformée dès que la cornée fut menacée.

Conjonctivites à staphylocoques. — Nous avons observé cinq cas où la conjonctivite paraissait bien due au staphylocoque Ce microbe se rencontrait, en effet, avec ses caractères morphologiques, dans la sécrétion conjonctivale en abondance variable, mais toujours nettement. En culture, nous avons obtenu trois fois du staphylocoque doré, deux fois du staphylocoque blanc. Une inoculation a été pratiquée à un lapin, dans la veine de l'oreille, avec un centimètre de culture en bouillon. L'animal a succombé. Le pus était, dans ce cas, jaune, bien lié ; les paupières modérément gonflées ; un léger exsudat pseudo-membraneux, facilement détachable, recouvrait la conjonctive palbébrale chez deux de nos malades. L'évolution n'eut rien de particulier.

Conjonctivite à Bacterium coli. — Enfin, dans un cas, nous avons trouvé dans la sécrétion d'une conjonctivite à suppuration épaisse, jaunâtre, à muqueuse tuméfiée, sans fausses membranes et sans œdème des paupières, un bâtonnet court, se décolorant par le Gram, et dont l'aspect morphologique nous a fait penser au coli-bacille. Les ensemencements sur milieux spéciaux, que nous avons pratiqués, ont confirmé cette manière de voir. Ce microbe présentait tous les caractères du B. coli : mobile en bouillon, donnant sur gélose et gélatine la culture épaisse, crémeuse ; sur pomme de terre, la culture brune, coagulant le lait, colorant en rouge le lait bleui par la teinture de tournesol, produisant une fermentation en bouillon lactosé carbonaté et donnant de l'indol en eau peptonisée. Nous avons fait quelques

recherches bibliographiques à son sujet et nous l'avons trouvé signalé par Grouenow de Breslau dans 3 cas sur 40 d'ophtalmie des nouveau-nés, et par Bietti dans un cas de conjonctivite. Notre malade était un homme de 35 ans, parfaitement bien portant d'ailleurs. Sous l'influence du traitement ordinaire, cette affection a guéri en cinq ou six jours. Ni l'examen direct, ni les cultures ne nous ont permis de constater la présence d'autres micro-organismes. Il n'y avait pas de dacryocystite concomitante.

Kératites

Les 48 cas de kératite que nous avons examinés au point de vue bactériologique, peuvent se diviser pour la commodité de la description en kératites secondaires et kératites primitives.

Kératites secondaires. — Ces cas, au nombre de 14, ne nous retiendront pas longtemps. Ils étaient consécutifs à diverses variétés de conjonctivite que nous avons décrites tout à l'heure. Nous n'avons pas observé de lésions cornéennes au cours de la conjonctivite contagieuse aiguë ; ni au cours de la conjonctivite diplobacillaire. 6 des cas de kératite secondaire ont succédé à une conjonctivite à gonocoque, 4 à une conjonctivite diphtérique, 2 à une conjonctivite mixte (diphtérie associée au streptocoque), 2 à une conjonctivite à streptocoque pur. Il n'est pas nécessaire, semble-t-il, pour le gonocoque et la diphtérie du moins, qu'un traumatisme ait ouvert une porte à l'infection ; certaines toxines peuvent à elles seules produire des lésions cornéennes ; c'est ce qui ressort pour la toxine diphtérique des expériences de Morax et Elmassian. Quant au streptocoque, il ne pourrait pénétrer dans la cornée que grâce à la brèche créée par l'action de la toxine ou par des lésions antérieures ; il produirait alors des lésions rapidement progressives et destructives.

A. Nous avons observé six cas de kératites secondaires au cours de conjonctivites où l'examen avait décelé la présence de nombreux gonocoques.

C'est entre le quatrième et le huitième jour que s'est fait en général le début de la lésion cornéenne. Ces six cas ne nous ont été présentés et n'ont été soumis au traitement que lorsque la cornée était déjà atteinte, cinq concernaient des nouveau-nés, un, un adulte. Trois cas se sont terminés en laissant de larges leucomes, deux des leucomes totaux ; le dernier a abouti à la fonte purulente du globe après perforation de la cornée. Dans ces six cas, l'examen des débris du fond de l'ulcération nous a montré du gonocoque caractéristique.

B. Sur les quatre cas où nous avons recherché le bacille de la diphtérie, au cours d'une kératite avec conjonctivite diphtéritique, nous ne l'avons rencontré sur la cornée qu'une fois. Dans deux cas négatifs au point de vue dipthérie, il y avait du staphylocoque, dans le dernier cas, du streptocoque. Ces lésions cornéennes se sont toujours produites au cours de conjonctivites diphtéritiques graves et avant l'emploi du sérum. Dans les trois premiers cas le sérum a eu une action rapide et efficace et les lésions ont rétrocédé vivement ; dès le second jour qui a suivi l'injection, l'infiltration a disparu, il a persisté des leucomes, mais peu considérables aux points ulcérés, en même temps qu'un trouble de la cornée qui a duré quelques jours. Cette action rapide du sérum dans ces cas, a confirmé le rôle important joué par la toxine diphtéritique dans la genèse de la lésion cornéenne.

Dans le quatrième cas, au contraire, où on avait rencontré le streptocoque, l'affection conjonctivale s'est améliorée sous l'influence du sérum de Roux ; mais l'infection cornéenne a suivi son cours et s'est terminée par un leucome total qui, plus tard, est devenu staphylomateux et nécessitera probablement une intervention chirurgicale ultérieure.

C. Ce cas grave nous amène à parler des 3me et 4me variétés de kératites secondaires, celles qui succèdent à une conjonctivite streptococcique (2 cas).

Dans ces quatre cas les lésions de la cornée furent graves ; l'infiltration s'étendit et les lésions devinrent rapidement ulcéreuses, destructives. Dans deux cas il y eut perforation de la cornée et hernie de l'iris ; dans un cas fonte purulente du globe.

Le streptocoque nous paraît donc exercer une influence néfaste sur le tissu cornéen, et il semble que les lésions acquièrent sous son influence une gravité toute spéciale. Nous avons signalé dans notre thèse un cas de ce genre : une kératite purulente double à pneumocoques se compliqua de conjonctivite à pneumocoques et streptocoques. Malgré le traitement les lésions aboutirent chez ce malade, âgé de 24 ans, à la suppuration totale des deux cornées. Il est infiniment probable que c'est le streptocoque qui a été la cause du mal, puisque nous n'avons pas rencontré autre part de telles lésions produites par le pneumocoque.

Kératites primitives. — Dans les kératites secondaires, la lésion cornéenne est une complication du processus inflammatoire de la conjonctive ; au contraire, dans les kératites primitives, la lésion débute d'emblée par la cornée et succède presque toujours à un traumatisme, qui, produisant une lésion dans la continuité de l'épithélium, ouvre la porte aux germes pathogènes. C'est ce qui se passe pour le pneumocoque. Tant qu'une solution de continuité n'existe pas dans l'épithélium cornéen, le pus d'une dacryocystite à pneumocoques virulents peut impunément baigner la cornée ; qu'un traumatisme aussi faible que possible : présence d'un cil, d'une poussière, d'une écharde, se produise sur la cornée, l'affection peut se constituer. Un exemple frappant nous est fourni par la kératite des moissonneurs.

Nous avons examiné, au point de vue bactériologique, trente-quatre cas de kératites primitives ; nous pouvons les ranger ainsi d'après le microbe causal :

Kératites primitives à staphylocoques	4 cas
» streptocoques	6 cas
» pneumocoques	24 cas

Nous passerons rapidement sur les kératites à streptocoques et staphylocoques. Leurs caractères cliniques n'ont rien de bien typique.

A. Le staphylocoque nous a paru produire des kératites ulcéreuses et des kératites phlycténulaires. L'évolution n'a rien présenté de particulier.

B. Le streptocoque a déterminé des lésions graves qui se développaient surtout vers la profondeur, creusaient le tissu cornéen et tendaient en général à la perforation. Nous avons déjà signalé la gravité des lésions qu'il cause, en étudiant les kératites secondaires.

C. Le pneumocoque nous est apparu dans le plus grand nombre des cas de kératite primitive, souvent seul, parfois associé. Les lésions qu'il produit, nous ont paru être de deux sortes : Nous l'avons rencontré dans quinze cas d'ulcère serpigineux typique ou kératite de Soemisch, et dans neuf cas de kératites purulentes, sans caractères bien tranchés, s'accompagnant ou non d'hypopyon.

Pour plusieurs auteurs, Gasparini, Uhthoff et Axenfeld, Petit, l'ulcère serpigineux typique, c'est-à-dire la kératite à marche serpigineuse, débutant par une infiltration souvent centrale, qui s'ulcère rapidement, s'étend par un bord purulent qui mine les couches superficielles, et s'accompagne le plus souvent d'hypopyon, serait exclusivement produite par le pneumocoque. Pour eux le pneumocoque est d'une façon à peu près constante le seul agent microbien que l'on rencontre au niveau de l'ulcère et dans sa sécrétion. Bach et Neuman confirment ces recherches. Nous avons publié dans notre thèse deux cas d'ulcères serpigineux à pneumocoques. Nous disions à cette époque que la présence du pneumocoque ne nous paraissait pas fatalement liée à l'évolution d'un ulcère serpigineux. Nos examens actuels nous confirment dans cette opinion, puisque sur 24 cas de lésions cornéennes à pneumocoques, 15 seulement ont revêtu le caractère de l'ulcère de Soemisch. Toutefois nous devons ajouter d'autre part que, quand il y a ulcère serpigineux typique, il est dû dans la presque totalité des cas au pneumocoque.

Quoi qu'il en soit, qu'il se soit agi d'ulcères serpigineux, qu'il se soit agi de kératites plus profondes et moins typiques, le pneumocoque que nous avons rencontré à la genèse de ces affections de la cornée, était toujours virulent. Les débris de l'ulcère et quelquefois aussi le pus de l'hypopyon, ensemencés, nous ont donné des cultures caractéristiques. Toujours 1/2^{cme} de culture de 48 heures en bouillon a tué la souris. Nous ne revenons pas ici sur les procédés de technique que nous avons indiqués plus haut à propos des conjonctivites.

Le traitement médical a consisté en général dans l'application d'iodoforme en poudre et pommade, l'installation de collyres à la cocaïne et l'atropine, sauf contre-indications. La cautérisation du bord purulent de l'ulcère au thermo ou galvanocautère a donné de bons résultats ; enfin dans les cas d'hypopyon abondant, la paracentèse de Sœmisch a été pratiquée. Il est intéressant de noter ici que dans la plupart des cas de kératites à pneumocoques, il existait des lésions chroniques des voies lacrymales.

Dacryocystites

Nous avons étudié le contenu microbien du sac dans 42 cas de dacryocystites. 21 étaient des dacryocystites catarrhales muqueuses simples avec refoulement souvent abondant ; 3 des dacryocystites congénitales, 10 des dacryocystites purulentes sans phlegmon et 8 des dacryocystites purulentes avec phlegmon. La nature du microorganisme rencontré dans ces affections ne nous a pas paru avoir grande importance sur leur évolution ou sur leur gravité. Nous y avons trouvé souvent du staphylocoque blanc

ou doré, dans 4 cas du streptocoque, dans 1 cas du bacterium coli ; mais le microbe que, sans contredit, nous y avons le plus fréquemment rencontré, est le pneumocoque (28 fois). Nous l'avons trouvé dans toutes les variétés cliniques ; mais ce sont surtout les cas de dacryocystite avec suppuration franche ou seulement avec sécrétion muco-purulente, qui nous ont donné de belles cultures sur gélose. Le microorganisme n'était pas toujours trouvé à l'examen direct. La virulence relativement faible dans les mucocèles simples, nous a paru augmenter rapidement dans les dacryocystites suppurées. Dans les premiers cas la souris ne meurt qu'après quarante-huit heures; quelquefois même elle ne succombe pas. Dans les seconds cas au contraire, elle meurt dans les vingt-quatre heures, quelquefois même au bout de quatorze heures.

Suppurations oculaires profondes orbitaires ou palbébrales

Quelques kératites purulentes se sont terminées par l'infection du globe, la panophtalmie. Le gonocoque, le streptocoque, le pneumocoque y ont été trouvés.

Deux cas de plaies scléro-cornéenne infectées nous ont donné à l'examen direct du streptocoque ; à la culture du streptocoque et du staphylocoque doré.

Un autre cas du même genre, s'accompagnant de conjonctivite pseudo-membraneuse, a donné à l'examen direct du pneumocoque et du bacille de la diphtérie, virulents tous deux.

Un cas de phlegmon traumatique de l'orbite, avec blessure de la cornée, et éclatement du globe, a donné du bacille de la diphtérie et du staphylocoque blanc. Comme dans toutes les infections diphtéritiques sans streptocoque, la guérison a été rapide, par des injections de sérum. Le phlegmon a du reste été incisé.

Un autre cas de phlegmon de l'orbite consécutif à une sinusite frontale, nous a permis de déceler aussi bien dans l'orbite que dans le sinus, la présence du pneumocoque associé au staphylocoque blanc.

Enfin l'examen de chalazions suppurés, d'orgelets, d'abcès des paupières, nous a constamment donné du staphylocoque blanc et doré, une fois cependant du streptocoque.

Conclusions

Comme conclusions à l'étude de l'exposé de ces recherches bactériologiques sur les sécrétions oculaires, nous dirons que dans les suppurations périoculaires, et les dacryocystites, elles ne nous ont que rarement donné des indications pour l'étiologie et le traitement de ces affections, que cependant l'étude de la sécrétion des dacryocystites, nous éclaire sur la genèse de certaines affections conjonctivales ou cornéennes.

Dans les kératites, l'investigation bactériologique tend à nous permettre de grouper les kératites secondaires aux conjonctivites d'après leur étiologie et de séparer un type clinique particulier : l'ulcère serpigineux à pneumocoque.

Enfin dans les conjonctivites, les recherches bactériologiques éclairent singulièrement le diagnostic et le pronostic et nous fournissent de précieuses indications pour le traitement curatif et la prophylaxie.

La simple découverte dans la sécrétion d'une conjonctivite du bacille de Weeks ou du diplobacille de Morax, permet de conclure aussitôt de leur présence à la nature de l'inflammation, puisque ces microbes n'existent pas sur la conjonctive normale. On peut instituer aussitôt le traitement et surtout les mesures prophylactiques qui empêcheront la contagion de muqueuse à muqueuse.

Pour les espèces microbiennes non spécifiques, l'examen bactériologique, sans avoir la même valeur, sera toujours utile. En présence d'une conjonctivite pseudo-membraneuse il ne sera pas inutile pour le pronostic de savoir si elle est due au pneumocoque ou au streptocoque. La découverte dans l'exsudat du bacille de Loeffler aura une importance thérapeutique sur laquelle il est inutile d'insister.

Ces recherches ne constituent donc pas seulement un travail de laboratoire, elles présentent un intérêt clinique de premier ordre, et elles ont une énorme importance pratique. Dans beaucoup de cas, nous l'avons dit, le diagnostic clinique exact est impossible : Quoi de plus simple alors, que de le préciser par l'examen microscopique, qui dans l'immense majorité des cas, surtout en ce qui concerne les conjonctives, donnera aussitôt l'étiologie exacte de l'affection ? Cet examen se fera vite et facilement : la technique en est extrêmement simple, puisque la plupart de ces microbes se colorent rapidement par les colorants ordinaires. Il sera utile toujours, indispensable souvent. Et à l'appui de cette assertion, je ne veux citer, en terminant, que deux exemples :

1° Chez les adultes, comme chez les enfants, il est souvent impossible au premier examen clinique de différencier la conjonctivite catarrhale purulente de la

conjonctivite purulente blennorrhagique. Cette absence de diagnostic ferme, a comme conséquence fatale, le manque de précision absolue dans le pronostic et l'administration du traitement.

2° Chez les enfants, la conjonctivite prend souvent la forme pseudo-membraneuse. En l'absence de l'examen microscopique, il est permis de faire un certain nombre de diagnostics, plus ou moins bien appuyés, sur des raisons cliniques de différente valeur et inconstantes du reste : mais aucun de ces diagnostics ne sera précis, aucun ne sera certain. Nous savons que la conjonctivite pseudo-membraneuse peut être due au bacille de WEEKS, au pneumocoque, au streptocoque, au bacille de LŒFFLER, etc. ; nous avons signalé ce fait à propos de chacun de ces microorganismes. Nous ne pouvons nous prononcer à l'examen des lésions, attendrons-nous l'évolution clinique, alors que nous pouvons être immédiatement renseignés, alors que l'examen bactériologique peut nous fixer d'une façon rapide, nette et précise sur la cause, et par là même, sur la gravité, la durée des complications et le traitement de l'affection ? Evidemment non, puisque par ce seul examen, le diagnostic d'hésitant deviendra ferme, rendant plus nets et pronostic et indications thérapeutiques.

Donc, dans beaucoup de cas, l'examen bactériologique renseignant sur l'étiologie exacte de l'affection, et permettant de rattacher directement la lésion à sa cause, a le double avantage de faciliter le diagnostic et de préciser les indications thérapeutiques et prophylactiques. A ces deux titres, ces recherches méritent d'être poursuivies systématiquement dans tous les cas comme adjuvant de l'étude des symptômes et de la marche de la lésion. Dans la véritable acception du mot, l'examen clinique des affections oculaires externes, et plus particulièrement des conjonctivites, doit comprendre en plus de l'examen anatomique de la lésion, l'étude de l'évolution, de la contagion et de l'étiologie du processus pathologique.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Une circulaire ministérielle en date du 14 février 1902, fixe au 20 juin l'épreuve écrite du **Concours pour l'admission à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon.**

Peuvent y prendre part les étudiants en médecine ayant quatre inscriptions prises conformément au décret du 31 juillet 1893, portant réorganisation des études médicales. Ils doivent préalablement justifier qu'ils remplissent les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisé Français :

2° Avoir eu, au 1er janvier de l'année du concours, plus de 17 ans et moins de 23 ans ;

3° Avoir été vacciné avec succès ou avoir eu la petite vérole ;

4° Etre robuste, bien constitué et n'être atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de le rendre inapte au service militaire ;

5° Etre pourvu, au jour de l'ouverture de l'épreuve orale d'admissibilité : *a*) du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres, philosophie) ; *b*) du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, institué par le décret du 31 juillet 1893 ; *c*) de quatre inscriptions valables pour le doctorat.

Les candidats qui remplissent les conditions ci-dessus indiquées devront se faire inscrire du 1er au 24 mai au soir à la préfecture du département où ils font leurs études.

Les pièces à produire pour l'inscription sont :

1° L'acte de naissance du candidat et celui de son père, établis dans les formes prescrites par la loi ;

2° Un certificat du commandant de recrutement de la subdivision territoriale établi l'année du concours et constatant, dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire, l'aptitude réelle au service militaire ;

3° Un certificat du médecin militaire chargé du service de recrutement, constatant que le candidat a été vacciné avec succès ou a eu la petite vérole ;

4° Une déclaration écrite, indiquant les centres de composition et d'examen choisis par le candidat parmi les villes désignées ci-dessous et dans lesquelles il devra se rendre aux dates fixées, sans attendre aucun avertissement particulier ;

5° *a*) Le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres, philosophie) ; *b*) le certificat d'études physiques et chimiques et naturelles avec mention de la note ou des points obtenus ; *c*) un certificat d'inscriptions constatant que le candidat a pris régulièrement quatre inscriptions dans une faculté de médecine.

Le concours comporte des épreuves d'admissibilité et des épreuves définitives. Les épreuves d'admissibilité se composent de deux parties.

Epreuves écrites d'admissibilité (1er degré). — 1° Une composition écrite sur un sujet de physiologie et de chimie biologique.

2° Une composition écrite de langue allemande. Cette composition consistera en un thème d'une page environ : elle se fera sans le secours d'aucun livre.

Outre le thème allemand obligatoire, les candidats qui en feront la demande seront autorisés à faire un thème en une autre langue étrangère. Il leur sera tenu compte des

connaissances supplémentaires dont ils auront fait preuve.

Epreuves orales d'admissibilité (2e degré). — Des interrogations sur l'anatomie et l'histologie. — Trois questions, savoir : deux d'anatomie et une d'histologie seront tirées au sort.

Il sera mis dans l'urne un nombre de questions double de celui des candidats.

La même question pourra, au besoin, être mise plusieurs fois dans l'urne.

Tout candidat dont une des épreuves d'admissibilité aura été cotée zéro sera de fait éliminé, quel que soit le nombre de points obtenus pour l'ensemble des autres épreuves.

Epreuves écrites d'admissibilité. — La composition scientifique se fera le 20 juin, à 8 heures du matin, dans une salle de l'hôpital militaire ou de l'Ecole (Paris et Lyon), ou dans le local désigné par le général commandant le corps d'armée, sur la proposition du directeur du service de santé. Quatre heures sont accordées pour sa rédaction.

La composition de langue allemande se fera le même jour, à deux heures de l'après-midi, dans le même local. Deux heures sont accordées pour cette épreuve. Il sera accordé le même jour deux autres heures supplémentaires aux candidats qui désireront faire une composition écrite supplémentaire de langue étrangère.

Les épreuves écrites auront lieu le 20 juin, à 8 heures du matin, dans notre région, à Amiens, Lille, Paris, Reims, Rouen. Les épreuves orales à Paris (Val-de-Grâce), le 1er août ; Lille (Hôpital militaire), le 7 août ; Nancy (Hôpital militaire), le 9 août.

Le VIe Congrès français de Médecine doit se réunir à Toulouse, du 1er au 4 avril 1902, sous la présidence de M. le professeur Lemoine (de Lille).

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° *Insuffisance hépatique.* — Rapporteurs : MM. les docteurs Charrin (de Paris) ; Ducamp (de Montpellier) ; Ver Eecke (de Gand).

2° *Les Convulsions chez l'enfant.* — Rapporteurs : MM. les professeurs Moussous (de Bordeaux) ; d'Espine (de Genève).

3° *Les médicaments d'épargne.* — Rapporteurs : MM. les professeurs Soulier (de Lyon) ; Henrijean (de Liège).

De plus, des séances seront réservées aux communications présentées par MM. les membres du Congrès.

Les rapports seront adressés à tous les adhérents titulaires en temps utile pour qu'ils puissent en prendre connaissance avant la réunion du Congrès.

Les sujets des communications devront être remis avant le 15 mars, pour être compris dans les programmes et ordres du jour distribués avant la réunion du Congrès.

En raison de l'époque peu avancée de la saison, il n'a pas été possible d'organiser d'excursion pendant la durée du Congrès. Une excursion finale permettra toutefois aux Congressistes de visiter une région des plus intéressantes des Pyrénées-Orientales (Perpignan, Port-Vendres, Banyuls, Amélie-les-Bains, etc.).

Malgré des démarches réitérées, on n'a pu obtenir des Compagnies de chemins de fer une réduction de tarifs. (Les Messageries maritimes, la Compagnie Fraissinet et les chemins de fer de l'Etat, ont seuls consenti la réduction habituelle.) Mais les Congressistes pourront bénéficier des tarifs spéciaux en vigueur pendant les vacances de Pâques. (Réduction de 25 0/0 en 1re classe ; 20 0/0 en 2e et 3e classe).

Les adhésions et demandes de renseignements doivent être adressées au Secrétaire général

La cotisation est de vingt francs pour les membres *titulaires* (docteurs en médecine) et de dix francs pour les membres *associés* (étudiants en médecine, dames et personnes non docteurs en médecine s'intéressant aux sciences médicales).

Les adhérents peuvent adresser dès maintenant leur cotisation à M. le Dr Parant, Trésorier, 17, allée de Garonne, qui, s'ils le préfèrent, leur fera présenter ultérieurement, par la poste, la quittance, augmentée des frais de recouvrement.

UNIVERSITÉ DE LILLE

M. A.-F.-J. Vincent, de Lomme (Nord), ancien externe des hôpitaux de Lille, interne de l'asile d'aliénés d'Armentières, a soutenu, avec succès, le mercredi 12 mars, sa thèse de doctorat (6e série, n° 72, intitulée : **Contribution à l'étude clinique des troubles de la parole dans l'épilepsie.**

— M. C.-D.-M.-R. Guilbert, de Lesquin (Nord), a soutenu, avec succès, le samedi 8 mars, sa thèse de doctorat (6e série, n° 71), intitulée : **Contribution à l'étude de la coxopathie par ostéite sèche douloureuse du col fémoral (coxa vara, hanche bote).**

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Nantes. — M. le docteur Vignard, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

Poitiers. — M. le docteur Faivre, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale, est nommé professeur de clinique médicale.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. Ellart, médecin à Saint-André-lez-Lille. Nous adressons à sa famille l'expression de nos bien vifs sentiments de condoléance.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 271. Sixième Année. N° 12. Le Numéro : **10** centimes. 23 Mars 1902

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille, le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE DE St-SAUVEUR

M. le professeur H. FOLET

Plaies artérielles de la paume de la main

Leçon recueillie par M. **Davrinche**, interne du service

Messieurs,

Il existe une région du corps extrêmement abondante en vaisseaux, surtout en artères, où, au voisinage d'un faisceau de multiples tendons, s'entrecroisent les mailles compliquées d'un riche réseau d'artères, de veines, de filets nerveux : c'est la paume de la main. Et cette même région se trouve tout particulièrement exposée à bien des espèces de traumatismes, coups de couteau, éclats de vitre, etc., qui peuvent atteindre souvent simultanément les vaisseaux, les nerfs et les tendons. C'est seulement des plaies artérielles que j'ai l'intention de vous parler aujourd'hui.

Il faut tout d'abord vous rappeler très sommairement la disposition générale des artères de la paume de la main. Les artères de l'avant-bras, la radiale et la cubitale, arrivées au poignet, se divisent et s'anastomosent de façon à former à la face antérieure du métacarpe deux arcades transversales situées en des plans différents : arcade superficielle formée par la cubitale et la radio-palmaire, branche de la radiale ; arcade profonde formée par la radiale, laquelle, après avoir contourné la face externe du radius et la face postérieure du carpe, rentre dans la paume par le premier espace intermétacarpien et se porte transversalement en dedans à la rencontre de la cubito-palmaire, branche de la cubitale. De ces deux arcades, la profonde est la plus élevée, c'est-à-dire la plus rapprochée du carpe. La superficielle est au contraire la moins élevée, c'est-à-dire la plus rapprochée de la ligne des articulations métacarpo-phalangiennes ; elle coupe transversalement les métacarpiens à l'union de leurs deux tiers supérieurs avec leur tiers inférieur et répond au pli cutané moyen de la paume, ou, si vous l'aimez mieux, à une ligne qui, partant de la commissure du pouce, serait perpendiculaire aux axes métacarpiens.

Vous voyez admirablement tous ces détails sur cette splendide radiographie due à mon ami M. le professeur CASTIAUX. Les artères, injectées au vermillon, y dessinent tout leur riche réticulum et le merveilleux chevelu de leurs plus fins capillaires.

De ces deux arcades partent les interosseuses et les digitales qui donnent naissance aux collatérales des

doigts. Entre ces rameaux, comme entre les arcades superficielles et profondes, existent des anastomoses nombreuses. Ce n'est pas tout : comme à l'avant-bras la radiale et la cubitale communiquent entre elles par des anastomoses transversales et comme chacune d'elles communique par des récurrentes avec l'artère humérale, le flux sanguin n'est pas arrêté dans les arcades par une ligature posée sur la radiale, sur la cubitale, sur la radiale et la cubitale simultanément, et même sur l'humérale.

Si maintenant nous considérons la situation et les rapports de chacune des arcades palmaires, nous voyons que l'arcade superficielle est située sous l'aponévrose palmaire, en avant du faisceau des tendons, derrière lesquels, couchée directement sur les métacarpiens et les muscles interosseux, se trouve l'arcade palmaire profonde, de 1 centimètre 1/4 environ plus élevée que l'arcade superficielle.

Etant données ces dispositions, il est aisé de comprendre que les plaies profondes de cette région produisent presque toujours des plaies artérielles multiples, soit avec section complète des vaisseaux touchés, soit avec section incomplète ne portant que sur une partie de la paroi vasculaire. Et dans tous les cas, par suite des anastomoses sus-décrites qui ramènent de tous côtés le sang vers lés vaisseaux lésés, l'hémostase spontanée n'aura aucune tendance à se faire. Ajoutons que souvent les plaies vasculaires se compliquent de sections de tendons.

Les plaies artérielles de la main ont passé longtemps pour être des plus graves et les auteurs de la première moitié du XIXme siècle les ont décrites avec une sorte de terreur. Chose curieuse, les très anciens chirurgiens n'en font guère mention ; Guy de Chauliac n'en parle pas. Ambroise Paré, qui devait cependant avoir observé des traumas de la région palmaire « par harquebuzes ou aultres bastons à feu », et aussi par armes blanches, ne leur attribue pas une extrême importance, et n'y consacre aucun chapitre spécial. Mais si on lit les auteurs classiques de 1815 à 1860, Boyer, Nélaton, si on parcourt les articles des Dictionnaires écrits il y a 40 ou 50 ans, on voit que les plaies artérielles de la paume de la main constituent pour ces chirurgiens un véritable cauchemar, en raison des hémorrhagies primitives ou des hémorrhagies secondaires, souvent incoercibles, dont elles étaient la cause.

Dans ces ouvrages, nous trouvons des cas nombreux où, pour remédier soit à des hémorrhagies primitives, soit à des hémorrhagies secondaires, on a eu recours à des ligatures dans la plaie après débridement ; ce qui, à cette époque pré-antiseptique, occasionnait couramment des phlegmons graves. Nélaton avait démontré que l'on pouvait lier les artères même au milieu des tissus suppurants sans que la friabilité supposée de l'artère dans ces tissus fût un obstacle absolu à l'hémostase ; mais, si l'on arrivait parfois ainsi à arrêter l'hémorrhagie, la blessure n'en restait pas moins exposée à des suppurations désastreuses dans cette région si riche en gaines synoviales qui étendaient au loin l'infection.

Pour éviter ces accidents locaux d'autres préféraient la ligature à distance et nous voyons lier la radiale, la cubitale : puis, devant la persistance du retour de l'hémorrhagie, l'humérale et l'axillaire. Et, comme ces ligatures déterminaient souvent aussi des phlegmons, on était amené à des amputations de l'avant-bras et même du bras : voire à des désarticulations de l'épaule !

Plus tard, à l'aurore de la période moderne, on conseille d'aller, par de larges débridements, mettre à nu et lier sur place les vaisseaux divisés ; ce qui, grâce à l'antisepsie naissante, pouvait être fait sans produire de suppurations graves. Mais, au cas où l'hémorrhagie se reproduirait, Polaillon, en 1872, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, conseille encore d'aller directement lier l'humérale.

Telle était, il y a trente ans à peine, la psychogie des chirurgiens au sujet des plaies artérielles de la main.

Aujourd'hui, au contraire, on ne parle presque plus de ces plaies. Dans les livres classiques actuels, tels que la dernière édition du traité de chirurgie de Duplay et Reclus, on ne s'y arrête guère. Dans le dernier volume du traité Le Dentu-Delbet, paru il y a quelques mois, on ne trouve même pas de chapitre spécial sur ce sujet.

Ce silence est excessif ; car, si les plaies artérielles de la paume de la main ont perdu de leur gravité ancienne, c'est uniquement grâce à l'emploi d'une méthode qu'il est au moins utile de faire connaître aux élèves. Cette méthode c'est l'ischémie par élévation du membre, combinée avec la compression locale et l'asepsie scrupuleuse de la plaie. On parlait bien autrefois de l'élévation du membre ; mais on la mentionnait sous forme de phrase incidente et on ne la présentait que comme un moyen adjuvant et secondaire; et, quand on l'appliquait, on l'appliquait insuffisamment :

en se contentant de poser le membre sur des coussins qui se dérangeaient et s'écroulaient avec une extrême facilité.

Voyons donc comme il faut appliquer la méthode, en prenant pour exemple notre petit malade du n° 5. Cet enfant s'était blessé avec une bouteille qui s'était cassée dans sa main. Nous constatons, à son entrée, une plaie étroite et profonde de la paume de la main, par où s'écoule incessamment en bavant du sang absolument rutilant. La plaie se trouvant un peu au-dessous du pli moyen de flexion de la paume, il y a lieu de supposer que ce ne sont pas les arcades artérielles qui ont été sectionnées, mais une ou plusieurs interosseuses, à leur émergence de l'arcade. Je fais administrer du chloroforme et, après avoir obtenu l'hémostase provisoire par la compression de l'avant-bras, j'agrandis la plaie et je suture les deux tendons fléchisseurs superficiels de l'index et du médius qui sont aux trois quarts sectionnés et dont la continuité n'est plus représentée que par quelques minces fibres tendineuses ; puis je m'assure qu'il n'y a aucun fragment de verre dans la plaie que je nettoie et lave scrupuleusement jusque dans sa profondeur avec de la liqueur de Van Swieten. Cela fait, je rapproche, sans les suturer, les lèvres de la plaie cutanée et je fais de la compression dans la paume de la main avec un gros tampon sphérique d'ouate que je maintiens appliqué uniquement sur la paume à l'aide de deux attelles placées en avant et en arrière de l'avant-bras et de la main, attelles plus larges que la main et l'avant-bras, de façon que, serrées par une bande, elles ne compriment ni les bords de la main ni les artères radiale et cubitale au poignet. Je place et j'assujettis tout le membre supérieur dans une gouttière en fil de fer que je maintiens en position verticale en l'attachant aux barres supérieures formant ciel de lit ; le malade étant couché bien à plat, en décubitus dorsal.

Pendant quatre jours tout se passe très bien : l'hémorrhagie est complètement arrêtée ; le malade ne souffre pas et n'a pas d'hyperthermie. Mais au bout de ce temps, le gamin, s'ennuyant dans cette position fastidieuse et le bandage qui fixait le membre à la gouttière s'étant quelque peu dérangé, dégage son bras, se lève et va se promener dans la salle, la main en écharpe. Presque aussitôt, hémorrhagie abondante qui tache copieusement le pansement. On appelle l'interne de garde qui, après avoir refait le pansement, replace le bras dans la gouttière qu'il remet en élévation verticale. L'hémorrhagie s'arrête instantanément. Le membre est laissé durant une semaine dans cette position que garde cette fois l'indocile malade, dûment chapitré quant aux conséquences possibles d'une nouvelle frasque. Douze jours après la blessure, on constate que la plaie est complètement cicatrisée sans suppuration. Exeat trois jours plus tard.

Cette méthode si simple et si triomphante de l'élévation verticale prolongée, quand et par qui nous est-elle venue ? Cela est très difficile à dire, car elle est née un peu partout en même temps il y a environ vingt-cinq ans. Si on consulte, en effet, les périodiques entre 1875 et 1878, on voit qu'Esmarch à Kiel, Lister à Londres, Gosselin à Paris, Gross à Nancy, Houzé de l'Aulnoit à Lille, attirent simultanément l'attention sur l'hémostase par élévation. Il y eut à ce moment d'âpres réclamations de priorité, bien oubliées et bien peu intéressantes après un quart de siècle écoulé.

Cette idée de l'ischémie par élévation, l'observation la plus vulgaire aurait dû la faire naître depuis longtemps. Si, en effet, vous mettez une de vos mains en l'air et l'autre en bas, au bout de quelques instants, l'une sera congestionnée et violette, l'autre blanche et anémiée ; anémiée non seulement par la déplétion des veines, mais aussi par réplétion moindre des artères. L'impulsion du choc artériel est très diminuée par l'élévation. Vous avez vu et vous verrez souvent, dans une des nombreuses amputations des doigts qui se font dans le service, une artère qui donne s'arrêter instantanément toute seule quand on élève le bras ; je vous l'ai fait plusieurs fois remarquer. Pour vous démontrer la chose d'une façon très nette et au moyen de graphiques, j'ai demandé à mon excellent collègue et ami, M. Wertheimer, de me faire quelques tracés à ce sujet. Les expériences ont porté sur l'homme et sur le chien. Dans les tracés que m'a remis M. Wertheimer et que je vous fais passer (1), vous voyez que, quand le bras de l'homme ou le membre inférieur de l'animal sont élevés, il y a abaissement de la courbe, c'est-à-dire diminution de pression intra-artérielle. Quand, au contraire, ceux-ci sont abaissés, il y a élévation de la courbe.

Il est donc certain que la pesanteur produit dans les vaisseaux des diverses régions des variations de pression. Le rôle de la contraction des vaisseaux est de compenser et de corriger cette influence ; et, suivant le degré de déclivité, la contractilité vasculaire varie

(1) Voir ci-contre.

et s'adapte en peu de temps à la pression intérieure. Quand une position a été gardée pendant longtemps

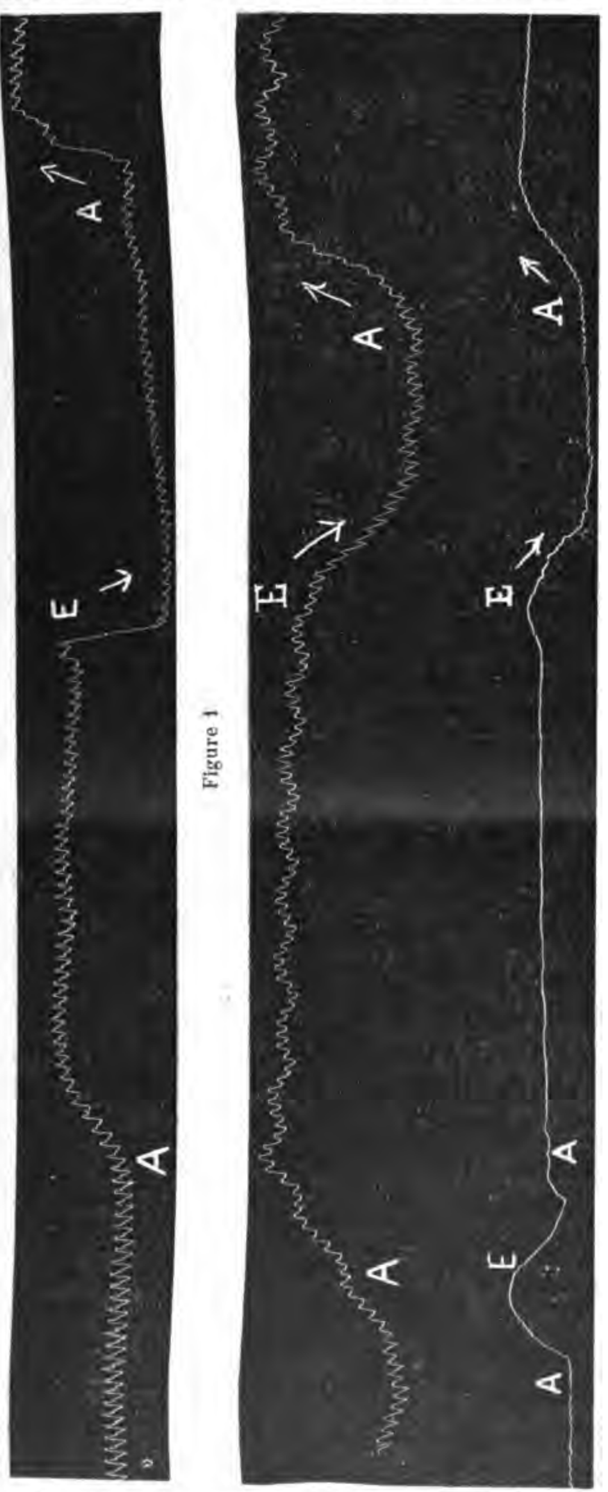


Fig. 1. — Tracé sphygmographique pris sur la radiale de l'homme. — A. Abaissement du bras. — E. Elévation du bras.

Fig. 2. — Chien. — 1er tracé : Pression dans l'artère fémorale ; 2me tracé : Volume du membre inférieur. — E. On met le chien la tête en bas pour élever le membre inférieur. — A. On remet le chien horizontalement.

puis change brusquement, les vaisseaux ne s'adaptent pas tout de suite à cette variation et alors il se produit du gonflement ou de l'ischémie suivant que la région a été abaissée ou élevée. J'ai vu jadis un exemple très frappant de ce fait sur un malade de Parise qui fut le sujet d'une observation célèbre et que vous trouverez partout citée. Il s'agit d'un blessé atteint de fracture de la colonne vertébrale, paraplégique, que Parise, par une inspiration hardie, fit étirer par les pieds et la tête en appuyant vigoureusement sur le fragment rachidien saillant. La réduction fut obtenue ; la moelle qui, heureusement, n'était que comprimée, reprit sur le champ ses fonctions ; la paraplégie disparut d'emblée. On fit comprendre au patient, homme intelligent, de quelle chance inouïe il avait bénéficié et quel danger il courrait en ne gardant pas le repos absolu pendant tout le temps nécessaire à la réparation de la lésion. Il demeura, donc soixante jours immobile, couché à plat sur le dos. Quand, au bout de ces deux mois, on le mit assis dans un fauteuil, ses jambes gonflèrent démesurément, en même temps qu'il se produisait de l'anémie cérébrale et que le malade tombait en syncope. Tant qu'avait duré l'horizontalité, la pression avait été la même dans toutes les parties du corps ; mais aussitôt que la position fut modifiée, l'équilibre se trouva brusquement rompu, et les vaso-moteurs ainsi que les fibres musculaires des vaisseaux, déshabitués de leur travail habituel, n'avaient pu le rétablir sur le champ.

Quelques heures du reste suffisent pour produire en petit ces phénomèmes ; ainsi, quand on se lève le matin, la face pâlit légèrement, les jambes se gonflent et vous avez peine à chausser des bottines un peu justes que vous mettrez sans peine une heure plus tard, alors que les vaisseaux se seront habitués à la station verticale.

Toutes ces observations scientifiques, tous ces faits d'observation vulgaire que Marey rappelle et commente dans son livre *De la Circulation*, ont été répétées expérimentalement par Lister, et communiquées par lui en 1878 à l'Académie de Médecine de Paris :

« En opérant sur des animaux, dit Marey, l'illustre » chirurgien de Londres a vu que des veaux et des » chevaux, étant couchés sur le dos pendant qu'on » leur tenait une jambe dans l'élévation complète, » présentaient des modifications circulatoires plus » grandes encore que celles qui viennent d'être signa- » lées sur l'homme. Les artères diminuaient de » calibre, au point d'être réduites *au sixième de leur*

» *diamètre normal*; l'artère métacarpienne *ne donnait* » *plus de sang quand on la divisait.* »

On conçoit donc que, vu la diminution du calibre des vaisseaux, vu l'impulsion moindre de la colonne sanguine, l'hémorrhagie s'arrête dans les vaisseaux divisés, qu'un coagulum s'y forme et que les plaies artérielles se cicatrisent.

Cette hémostase se fait de deux façons suivant que la section est totale ou partielle. Dans le premier cas, il y a rétraction des tuniques; puis caillot endo-vasculaire se continuant avec un caillot extra-vasculaire (*bouchon et couvercle*). La suite des phénomènes consiste dans la fermeture en cul-de-sac du bout divisé par résorption du caillot et prolifération des tuniques. Dans le deuxième cas, plaie pariétale de l'artère, il y a encore formation de caillot endo-vasculaire communiquant par une sorte d'isthme avec un caillot extra-vasculaire (*caillot en bouton de chemise*). Puis il peut y avoir atrésie et oblitération de l'artère qui se transforme en un cordon fibreux, ce qui n'a pas d'importance, étant donné le riche réseau artériel de la main ; ou bien il y a rétrécissement de la plaie pariétale, réparation des tissus ambiants et *restitutio ad integrum* du canal vasculaire qui, après résorption du caillot, est susceptible de redevenir perméable. Au point de vue pratique peu importe du reste le mécanisme de la réparation.

En résumé la méthode de traitement des plaies artérielles de la paume de la main se résume dans ces trois facteurs : asepsie parfaite, compression et élévation.

La compression doit être locale et faite uniquement sur la paume; ce qui n'empêchera pas la circulation dans les doigts en raison des nombreuses anastomoses. La compression sur le trajet des artères radiale et cubitale est inutile et dangereuse, étant donné qu'elle peut produire la gangrène du membre. Il faut, du reste, toujours surveiller l'extrémité des doigts, laissés exprès à découvert ; ces doigts doivent rester chauds et de coloration normale. Je vous ai indiqué plus haut comment, au moyen du tamponnement palmaire fixé par des attelles antérieure et postérieure un peu plus larges que la main et l'avant-bras, vous pouvez réaliser cette compression localisée ; je n'y reviens pas.

Quant à l'élévation du membre, *elle doit être absolument verticale*, au moins dans les premiers jours, et *continuée sans interruption*. La simple élévation sur des piles de coussins est insuffisante, parce que le membre glisse et s'échappe pendant le sommeil, et que les coussins s'affaissent, se dérangent et s'écroulent. La verticalité est d'ailleurs aisée à obtenir.

Dans les hôpitaux, la mise en gouttière est le procédé le plus simple; on la fixe au ciel de lit, le malade étant étendu bien à plat, et on est sûr, de cette façon, d'obtenir une verticalité constante. En clientèle, même à la campagne, il n'est pas difficile d'improviser une élévation satisfaisante. Faites faire par le premier charpentier venu une planchette de 1m25 de longueur sur 0m15 de largeur ; le corps du malade étant bien horizontal sur le lit, le membre blessé placé du côté du mur, et tout contre ce mur, on fixera le bras appliqué par sa face externe sur la planchette rembourrée d'ouate, au moyen d'une bande roulée entourant la main, l'avant-bras et le bras jusqu'à l'épaule, pour éviter tout dérangement. Puis la planchette sera dressée, appuyée et assujettie au mur.

Grâce à cette méthode thérapeutique complexe, exactement appliquée et surveillée, vous obtiendrez, Messieurs, la guérison de traumatismes qui étaient jadis l'effroi des chirurgiens les plus habiles, qui donnaient souvent lieu à des complications formidables et aboutissaient parfois aux plus graves mutilations.

Recherches sur la toxicité des extraits de muqueuse intestinale (1)

par

J. Drucbert et **M. Dehon**
Chef de clinique chirurgicale — Licencié-ès-sciences

En 1900, M. Vidal (de Périgueux) a publié (2) sous le titre d'opothérapie entérique dans l'occlusion intestinale une série d'essais expérimentaux et cliniques d'où il conclut à une action favorable des extraits de muqueuse intestinale contre les phénomènes de stercorémie. Au cours d'expériences analogues à celles de M. Vidal, nous avons été surpris d'observer la mort rapide d'animaux qui n'avaient reçu en injection que des extraits de muqueuse.

Nous avons été ainsi amenés à étudier la toxicité des extraits aqueux et glycérinés de muqueuse intestinale ; ce sont ces expériences de détermination de toxicité que nous allons rapporter ici.

Comme M. Vidal, nous avons employé des extraits

(1) Travail du laboratoire de pathologie expérimentale (prof. H. Surmont).

(2) *Revue de Chirurgie*, 1900, t. XXII, p. 521.

aqueux et des extraits glycérinés, voici quel en a été le mode de préparation.

Préparation de l'extrait aqueux. — Un chien à jeun depuis vingt-quatre heures est tué ; son intestin grêle est incisé suivant sa longueur et abondamment lavé dans du sérum artificiel stérilisé. A l'aide d'une curette tranchante, on racle la muqueuse que l'on fait macérer en la triturant pendant vingt minutes dans du sérum artificiel. On obtient ainsi un liquide louche que l'on filtre et que l'on injecte très lentement et en le maintenant à 38°, dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin.

On verra plus loin que l'on obtient des résultats bien différents suivant que l'on a simplement filtré sur papier ou que l'on a filtré à travers une bougie de porcelaine. Les résultats varieront également suivant le degré de concentration de l'extrait.

Préparation de l'extrait glycériné, — 20 grammes de muqueuse intestinale sont mis à macérer dans 60 gr. de glycérine à 30°, pendant 24 heures. L'avidité de la glycérine pour l'eau enlève à la muqueuse ses principes actifs solubles. Le liquide obtenu est d'abord filtré sur papier pour le débarrasser de la majeure partie des débris de tissu maintenus en suspension ; on l'additionne ensuite de trois volumes d'eau distillée et on filtre sur bougie de porcelaine dans un ballon de Krebs-Tiegel. On obtient un extrait glycériné stérilisé qui peut se conserver et auquel on ajoute au moment de l'emploi trois volumes d'eau pour quatre volumes du liquide. On a ainsi un extrait analogue à l'extrait testiculaire de Brown-Séquard, dont 21 c. c. correspondent à 1 gr. de muqueuse et que l'on injecte dans la veine de l'oreille de lapins.

I. Extraits aqueux. — Nous avons expérimenté avec des extraits aqueux à 1/10, 1/15, 1/30 et 1/60, c'est-à-dire dont 10, 15, 30 ou 60 cc. correspondent à 1 gr. de muqueuse intestinale.

a) Extrait aqueux filtré sur papier, à 1/10.

Expérience 1. — Lapin, 2110 gr. reçoit 10 cc. Il présente une dyspnée de plus en plus marquée et meurt 7 heures après l'injection.

Expérience 2. — Lapin, 1975 gr. reçoit 10 cc. Immédiatement, secousses tétaniques, dyspnée intense. Mort 3/4 d'heure après l'injection.

Expérience 3. — Lapin, 1755 gr. Cet animal à qui on se proposait d'injecter de plus fortes doses, meurt immédiatement après avoir reçu 10 cc.

Expérience 4. —Lapin. 1900. Mort immédiatement après avoir reçu 13 cc.

Expérience 5. — Lapin, 1620 gr. Reçoit 30 cc. Mort 7 jours seulement après l'injection. Il faut noter que cet animal avait déjà reçu 6 jours auparavant 43 cc. d'extrait glycériné qui l'avaient probablement immunisé partiellement.

Expérience 6. — Lapin, 2030 gr. Reçoit 30 cc. Aussitôt après, l'animal se couche, présente quelques secousses, de l'exophtalmie et meurt 10 minutes après l'injection.

b) Extrait aqueux filtré sur papier, à 1/15.

Expérience 7. — Lapin, 1680 gr. Injection de 30 cc. correspondant à 2 gr. (dose mortelle en dilution à 1/10). Survie.

c) Extrait aqueux filtré sur papier, à 1/30.

Expérience 8. — Lapin, 1950 gr. Injection de 30 cc. Survie.

d) Extrait aqueux filtré sur papier à 1/60.

Expérience 9. — Lapin, 1650 gr. Injection de 30 cc. Survie.

e) Extrait aqueux filtré sur porcelaine, à 1/10.

Expérience 10. — Lapin, 2150 gr. 120 cc. de l'extrait, soit une quantité correspondante à 12 gr. de muqueuse, sont nécessaires pour provoquer la mort de l'animal.

f) Injection d'extraits aqueux chez des animaux dont on a rendu le sang incoagulable.

Expérience 11. Lapin, 1580. 1° Injection de 10 cc. d'extrait correspondant à 2 têtes de sangsues.
2° Dix minutes après, injection de 20 cc. d'extrait aqueux à 1/10. L'animal ne paraît nullement impressionné et survit.

Expérience 12. — Lapin, 2050 gr. 1° Injection de 15 cc. d'extrait correspondant à 3 têtes de sangsues.
2° Dix minutes après, injection de 30 cc. d'extrait aqueux à 1/10.
Aucun trouble à noter. Survie.

Expérience 13. — Lapin, 2330 gr. 1° Injection de 30 cc. d'extrait correspondant à 3 têtes de sangsues.
2° Immédiament après, injection de 250 cc. d'extrait aqueux à 1/10 ; dose correspondant par conséquent à 25 gr. de muqueuse intestinale.
L'animal ne présente qu'une seule série de secousses après l'injection de 170 cc. ; la respiration s'accélère un peu après 210 cc. Après l'injection de 250 cc. le lapin ne présente aucun symptôme morbide, ni dyspnée, ni exopthalmie, ni troubles pupillaires, ni secousses tétaniques. Il a uriné abondamment pendant le cours de l'injection.
Mort le lendemain dans la matinée ; à l'autopsie faite dans l'après-midi, on trouve des caillots dans le cœur et les veines. Reins congestionnés.

II. Extrait glycériné filtré sur bougie de porcelaine.

Expérience 14. — Lapin, 1770 gr. reçoit 3 cc., 5 correspondant à 0 gr. 16 de muqueuse. Survie.

Expérience 15. — Lapin. 1880 gr., reçoit 7 cc. (0 gr. 33). Survie.

Expérience 16. — Lapin, 1910 gr., reçoit 10 cc., 5 (0 gr. 50). Survie.

Expérience 17. — Lapin, 2170 gr., reçoit 14 cc. (0 gr. 67). Survie.

Expérience 18. — Lapin, 2250 gr., reçoit 21 cc., 5 (1 gr.). Survie.

Expérience 19. — Lapin, 1860 gr., reçoit 32 cc. (1 gr.5). Survie.

Expérience 20. — Lapin, 1620 gr., reçoit 43 cc. (2 gr.). Survie.

Expérience 21. — Lapin, 1770 gr., reçoit 43 cc. (2 gr.). Survie.

Expérience 22. — Lapin 1900 gr., reçoit 52 cc., 5 (2 gr. 5). Survie.

Expérience 23. — Lapin 1910 gr., reçoit 63 cc. (3 gr.). L'animal présente après l'injection des contractions toniques suivies de tremblement fibrillaire; dyspnée intense.
Mort dans la nuit suivante.

Expérience 24. — Lapin, 1440 gr., reçoit 72 cc. (4 gr.). A noter quelques convulsions après l'injection de 35 cc.; puis l'animal redevient calme. Quelques heures après l'injection, l'animal a une dyspnée intense, il se couche sur le flanc.
Mort dans la nuit suivante.

Expérience 25. — Lapin, 2060 gr., reçoit 90 cc. (5 gr.). A noter quelques convulsions après injection de 20 cc.; nouvelles convulsions suivies de dypsnée après 65 cc.; la dyspnée réapparait de plus en plus intense après la fin de l'injection, l'animal se couche sur le flanc.
Mort dans la nuit suivante.

Si nous récapitulons nos expériences, nous voyons que pour l'extrait aqueux, la dose de 1 gr. en dilution à 1/10 est toxique; et que la toxicité varie suivant l'état de dilution puisque les animaux résistent à 2 gr. en dilution à 1/15.

De plus la toxicité varie infiniment suivant le procédé de filtration utilisé; le filtre de porcelaine retient une grande partie des principes actifs et l'extrait obtenu par ce procédé a paru, d'après nos expériences, 12 fois moins actif que l'extrait filtré sur papier.

Les animaux injectés avec de l'extrait aqueux ont succombé immédiatement, ou presque, après l'injection; à l'autopsie pratiquée aussitôt après la mort, on trouvait des coagulations intra-vasculaires s'étendant parfois jusqu'aux veines sus-hépatiques. L'action toxique immédiate de l'extrait de muqueuse intestinale est donc une action coagulante, et la chose n'a rien d'étonnant étant donné le pouvoir coagulant très actif que possèdent les extraits de tissus : foie, rein, muscles, capsules surrénales, etc. (1).

Ce fait est encore confirmé par nos expériences 11 à 13. Si nous rendons le sang des lapins incoagulable par injection intra-veineuse d'extrait de têtes de sangsues, nous voyons ces animaux survivre à des doses de 2 et 3 gr. de muqueuse intestinale; nous les voyons résister aux accidents immédiats d'une dose 22 fois supérieure à la dose mortelle.

Cependant en dehors du pouvoir coagulant, il existe d'autres actions toxiques auxquelles il faut imputer la mort survenue chez le lapin n° 13 dans la nuit qui suivit l'injection de l'extrait de 22 gr. de muqueuse.

L'extrait glycériné est moins toxique que l'extrait aqueux, puisque une quantité correspondante à 3 gr. de muqueuse est nécessaire pour déterminer la mort des animaux. Celle-ci en tous cas est beaucoup moins rapide et survient à la suite d'accidents dyspnéiques.

(1) Voir à ce sujet Vaquez, *Presse médicale* 1900, 22 déc. Arthus. *Soc. de Biologie*, fév. 1902.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 14 Mars 1902

Présidence de M. Curtis.

Hystérectomie abdominale pour infection puerpérale

M. Le Fort présente un utérus enlevé le 11 mars pour infection puerpérale. L'accouchement datait de trois semaines. La température de la malade variait de 39 à 41 degrés; frissons, hémorragies. Col mou, entr'ouvert, utérus gros. Du côté droit du vagin, on sentait de petits noyaux indurés. On fit un curettage qui ramena une muqueuse fortement malade et des mucosités d'odeur infecte. La fièvre persiste sans amélioration. Alors, on pratique l'hystérectomie abdominale totale. Elle est facile, mais l'hémostase est longue. Dans ces utérus mous, en effet, il est malaisé de pincer les vaisseaux. Les pinces lâchaient et tout se déchirait, même le péritoine, qui était sans consistance. La fièvre se maintient à 40 et 41°. Mort deux jours après, comme si l'on n'était pas intervenu.

Ces hystérectomies totales pour infection puerpérale ne se font pas fréquemment. M. Rochard a montré qu'on trouvait assez souvent, outre des abcès, des fragments de placenta qu'on ne peut enlever. C'est le cas ici : du côté de la corne droite est un fragment placentaire qu'il eût été dangereux d'enlever à la curette. D'où l'utilité réelle de l'hystérectomie dans ces cas.

M. Oui dit qu'il faut employer de très larges curettes, comme celle de Wallich, faite exprès pour les cornes.

M. Le Fort dit qu'on aurait perforé l'utérus, si on avait voulu pousser plus avant, car il était assez mou pour qu'on pût passer le pouce à travers sans effort.

Périduodénite sténosante

M. Folet présente des pièces anatomiques provenant d'un homme opéré dans son service. Ce malade présentait des troubles dyspeptiques depuis douze à quatorze ans. Cela ressemblait au tableau de la sténose pylorique : dilatation de l'estomac, vomissements, maigreur extrême par inanition, teint addisonien. On croyait sentir à l'épigastre une tumeur médiane. Pas de glycosurie. Tous ces phénomènes se seraient installés à la suite d'un coup de brancard dans le ventre.

Gastro-jéjunostomie postérieure transmésocôlique. Lors

de l'opération, on a l'impression qu'il existe une induration du pylore. Le malade n'a plus de vomissements : on lui donne des lavements alimentaires, de l'opium. Au troisième jour, alimentation liquide. Un peu d'hypothermie : puis, la cachexie s'accroit et il meurt au treizième jour.

La fistule gastro-jéjunale est très bien établie. Le pylore est normal. Vers le milieu du duodénum, sténose accentuée par éperon. Le doigt ne peut passer à ce niveau, et il y existe des cavités purulentes. Le pancréas dur et très gros adhère au duodénum. L'examen de cet organe le montre sclérosé avec des cellules atrophiées.

M. Curtis, qui a examiné la tête du pancréas au voisinage des adhérences, y trouve une sclérose évidente et très avancée. Aucune inflammation : pas de pancréatite suppurée. Les abcès devaient siéger dans la paroi du duodénum.

M. Surmont croit que ces lésions du pancréas sont secondaires et à marche très lente.

M. Charmeil pense de même. Il y aurait eu obstruction du canal pancréatique et pancréatite ascendante. — Les hémorragies pancréatiques et les pancréatites suppurées s'accompagnent de points fort douloureux ; le cas donne raison aux chirurgiens qui veulent intervenir tôt. Ce malade eût guéri s'il n'avait pas été d'avance si cachectique.

M. Surmont est d'avis que le traumatisme initial a dû amener de la périgastrite et de la périduodénite, d'où obstruction du canal de Wirsung et du cholédoque avec sclérose secondaire. Ces lésions sont à évolution lente : elles donnent le tableau clinique de la sclérose sous-pylorique.

M. Combemale croit aussi qu'il s'agit d'un rétrécissement sous-pylorique d'origine extrinsèque.

Lipome arborescent de la gaîne synoviale de l'extenseur commun des doigts

M. Lambret montre cette pièce provenant d'un enfant de 8 ans. Il avait ce lipome depuis l'âge de 2 ans. Il en existe une vingtaine d'observations. Toujours on croit à un kyste synovial : il peut y avoir de la crépitation. Ici, il a fallu sculpter trois tendons inclus dans la tumeur. Ces lipomes sont diffus, non encapsulés. Dans la *Revue de la Suisse romande* a été publié un travail où on a pratiqué sans résultat quatre inoculations de ces tumeurs.

M. Le Fort dit que, en ce qui concerne le lipome arborescent du genou, un chirurgien de Moscou a constaté huit fois sa nature tuberculeuse.

M. Drucbert rappelle une observation de Legueu intitulée synovite fongueuse et qui est voisine de celle-ci. Il s'agissait de tuberculose.

Épithelioma du col utérin. — Statistique des cancers utérins entrés depuis onze ans à La Charité

MM. Drucbert et **Minet** présentent un épithélioma limité à la lèvre postérieure du col de l'utérus et enlevé par hystérectomie vaginale chez une femme de 34 ans.

Ils joignent à cette observation le relevé de 205 cas de cancers utérins, entrés depuis onze ans à l'hôpital de la Charité. Tandis que les auteurs admettent, d'après les statistiques anciennes, que le maximum de fréquence des cancers utérins est entre 40 et 50 ans, il ressort de cette statistique de 1891 à 1901, que le maximum est entre 35 et 45 ans (44 °/ₒ des cas).

M. Surmont dit que les statistiques ont le défaut de ne pas tenir compte du nombre des individus vivants à un âge donné.

M. Drucbert reconnaît le fait, mais dit que sa statistique peut être sans erreur comparée aux autres qui ont été établies dans les mêmes conditions.

M. Charmeil dit que si on trouvait jadis moins de cancéreux jeunes, c'est qu'on faisait moins bien le diagnostic.

M. Folet est d'avis que la précocité de cancer augmente depuis vingt cinq années.

M. Charmeil fait intervenir les modifications dans la population gynécologique des hôpitaux.

M. Surmont dit qu'on aurait les mêmes résultats pour la précocité en ce qui concerne le cancer de l'estomac.

M. Curtis rappelle l'opinion de Kelsch, qui, en 1881, disait que le cancer se voit chez les jeunes gens. Rokitanski le pensait déjà. C'est là une notion qui se répand de plus en plus et qui n'était pas acquise anciennement.

Sclérose du pancréas avec kyste

M. Curtis présente des corps d'un pancréas provenant d'une femme morte de tuberculose, au cours d'un diabète maigre.

La queue de l'organe est transformée en une cavité kystique, d'origine canaliculaire ; kyste séreux par rétention.

La tête de l'organe est presque normale : il existe de la sclérose péricanaliculaire, périvasculaire et parfois périacineuse. Cela n'expliquerait pas le diabète, mais on constate la disparition d'une quantité d'îlots de Langerhans, dont quelques-uns en outre sont sclérosés. Cette lésion si spéciale vient à l'appui de l'hypothèse qui ferait de ces îlots les générateurs du ferment glycolytique.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Traitement des maladies contagieuses de l'appareil générateur, par le docteur F. Buret, secrétaire général de la Société de médecine de Paris. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 1902.

« Lorsque le fait qu'on rencontre est en opposition avec une théorie régnante, il faut accepter le fait et abandonner la théorie, lors même que celle-ci, soutenue par de grands noms, est généralement acceptée. » En empruntant à Claude Bernard cette phrase de son *Introduction à la médecine expérimentale* et en l'insérant dans son avant-propos, l'auteur a voulu caractériser son œuvre ; il s'est aussi caractérisé lui-même.

Le livre du docteur F. BURET, est un guide pratique, c'est-à-dire un résumé des théories émises sur la vénéréologie avec la critique de chaque formule, il est écrit par un indépendant ; et déplaire ou ne pas déplaire à tel grand personnage médical est le cadet de ses soucis. Aussi, nombre des pratiques thérapeutiques bien qu'émanées de sommités médicales, sont-elles exécutées par lui sans restrictions, parce qu'il les croit susceptibles de reproches Au reste, le cadre du travail en dit plus long qu'une longue analyse : bases fondamentales du traitement des maladies contagieuses : examen critique des formules les plus usuelles ; injections massives des sels hydrargyriques insolubles simplifiées et rendues pratiques ; manuel opératoire très détaillé de ces injections ; grands lavages au permanganate de potasse, nombreuses observations et anecdotes médicales.

Peut-être le lecteur trouvera t-il que pour un indépendant, l'auteur est resté bien classique, j'allais dire bien retardataire. Dr F. C...

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Nous trouvons dans un journal politique l'anecdote suivante :

Un enfant avait été mordu par une vipère, et comme le médecin compte plus cher que le sorcier, ses parents avaient fait appel à celui-ci. Il était venu, avait fait quelques contorsions accompagnées de signes de croix, avait marmotté quelques prières, prescrit l'application d'une grenouille vivante sur la plaie et... le malade avait expiré quelques heures plus tard.

Cela étonne le reporter qui accompagne ce fait divers d'une foule de considérations sur les erreurs et les préjugés des gens de la campagne.

Il faut cependant accorder que des histoires analogues se passent tous les jours dans les centres les plus éclairés. Il me souvient pour ma part, et je pense que d'autres praticiens ont dû rencontrer la même superstition, avoir trouvé des enfants atteints de diphtérie, le cou entouré d'un sac contenant des vers de terre, remède souverain contre les bacilles de LOEFFLER.

Et cela non pas chez des pauvres ignorants mais, une fois même, dans une famille appartenant à ce qu'on appelle « le monde ».

Et les colliers de perles d'ambre pour protéger les convulsions, sans compter les amulettes de toute espèce dont on couvre les gosses comme moyen prophylactique.

Tentez un bain dans la fièvre typhoïde ou un enveloppement humide dans les accidents pulmonaires, suite de rougeole, et, si vous n'êtes par armé d'une bonne arme à feu, vous risquez fort d'être assassiné après un passage à tabac par les bonnes femmes du voisinage.

Celles-ci auront des remèdes souverains contre tous les maux, depuis les engelures que l'on guérit par un mani- ou un pédiluve dans le liquide excrété par les reins, jusqu'au nœud fait de la chevelure des parturientes pour éviter les hémorragies des couches.

Et si nous avons l'audace de protester contre cette thérapeutique étrange, on daigne quelquefois avoir l'air de nous écouter mais on ne continue pas moins les pratiques étranges, alors que nos conseils sont absolument négligés.

Au début le médecin a la naïveté de s'indigner, puis il laisse dire et il n'en continue pas moins ce qu'il croit devoir faire, sans s'arrêter à vouloir combattre les préjugés.

La philosophie vient tout doucement. Mais il ne doit pas, à l'exemple de quelques-uns, entraînés par une émulation charlatanesque, se laisser aller à prescrire, comme quelqu'un que je connais, du jus de chou rouge pour rendre au sang ses globules rouges dans les cas d'anémie.

Ne croyez pas à une plaisanterie, le fait est certain ; je le tiens *de auditu*.

Si nous obéissons au même principe que le confrère dont je parle, nous pourrions traiter les clous à l'aide du marteau ou de la pince, détruire le charbon en y mettant le feu. Cette thérapeutique simpliste aurait même le plus grand succès auprès du client qui attache toujours une très grande foi aux moyens qui semblent au niveau de son intelligence.

Chose curieuse : des ingénieurs, des avocats, des politiciens, qui brillent chacun dans sa sphère d'action, sont souvent d'une crédulité étrange vis-à-vis des rebouteux, sorciers ou gens de même espèce et d'une défiance soupçonneuse vis à-vis de médecins qu'ils considèrent cependant comme des intellectuels supérieurs.

Cette mentalité s'explique, peut-être, par ce fait que la crainte de la maladie aveugle le bon sens de l'homme. C'est tout au moins à supposer. Quant à nous suivons le vieux dicton : Bien faire et laisser dire. A. DUPUREUX.

(*Gazette médicale belge*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Les travaux préparatoires du **XIVe Congrès international de médecine** qui doit avoir lieu à Madrid dans les jours du 23 au 30 avril 1903 se poursuivent activement.

Dans presque tous les pays d'Europe et d'Amérique, des comités nationaux de propagande se sont constitués. Le ministre des affaires étrangères d'Espagne a invité tous les gouvernements à se faire représenter au Congrès ; une invitation analogue a été envoyée à toutes les Universités, écoles de médecine, etc., ainsi qu'aux principales sociétés médicales de tous les pays. Parmi les nombreuses inscriptions qui, jusqu'à présent, sont parvenus au secrétariat général, figurent déjà 85 délégués et tout fait prévoir que la participation à ce Congrès ne le cédera en rien à celle des Congrès passés.

L'organisation scientifique ne promet pas moins de bons résultats. Parmi les illustrations médicales qui déjà ont

annoncé des conférences de grand intérêt, citons PAWLOV, THOMSON, MARAGLIANO, LAACHE, WALDEYER, CAJAL, etc. — Les différentes sections ont presque toutes arrêté leurs thèmes officiels et ont commencé à désigner les rapporteurs étrangers. Dans le programme préliminaire qui va être publié dans peu de temps figureront, en outre des thèmes officiels, nombre de communications qui ont été annoncées.

Les démarches nécessaires ont été faites pour obtenir des Compagnies de chemins de fer et de navigation les réductions d'usage ; le résultat sera publié ultérieurement.

Les médecins qui ne seront pas empêchés par leurs occupations de se rendre au Congrès de Madrid, peuvent être sûrs qu'un accueil des plus chaleureux les y attend ; en fait foi le grand enthousiasme qui anime tout le corps médical espagnol.

En vue de faciliter le grand travail que l'année précédant le Congrès apportera au secrétariat général, MM. les médecins qui désirent s'inscrire comme membres, sont priés de le faire le plus tôt possible, en joignant à leur demande un chèque sur Madrid de 30 pesetas (23 fr. 25, selon les oscillations du change).

Association générale de Prévoyance et de Secours Mutuels des Médecins de France

La correspondance comprend une lettre de M. le secrétaire du syndicat de Nantes, protestant contre le refus de la société locale de cette ville qui n'a pas voulu accepter un membre de l'Association amicale. Des renseignements ont été demandés au président de l'Association de la Loire-Inférieure.

M. le président de la société du Loiret a envoyé à M. le secrétaire général, le libellé des articles qui modifient les statuts de cette société et mentionnent l'exclusion des femmes divorcées ou remariées à un étranger à la profession médicale.

M. le secrétaire général aura prochainement une entrevue avec M. le chef de bureau des institutions de prévoyance afin de faire régler par M. le ministre de l'Intérieur cette question restée en suspens après la dernière assemblée.

M. le Président croit impossible de rayer, sauf le cas d'indignité notoire, un membre d'une société de secours mutuels qui a versé ses cotisations. Il pense donc que l'admission des femmes quand elle a été prononcée doit être définitive.

M. GRIPAT, président du syndicat d'Angers, demande les formalités à remplir par un membre d'une société locale désirant quitter celle-ci pour se faire inscrire à la Société Centrale. D'autre part M. BILLON, secrétaire du Jura, demande que les statuts de l'Association mentionnent expressément « que tout médecin qui voudra être admis dans une société autre que celle de sa résidence soit tenu à joindre à sa demande une lettre signée des membres du bureau de sa société locale et déclarant ne pas s'opposer à son admission. »

M. LEREBOULLET a répondu que la mesure proposée par M. BILLON était excellente, mais qu'il n'était point nécessaire, pour la faire adopter, de modifier nos statuts. Il suffira d'en aviser les sociétés unies. Cette réponse est approuvée par le Conseil.

M. PHILBERT communique deux lettres de confrères, qui ayant lu les comptes rendus du Conseil général demandent à faire partie de l'Association.

M. BLACHE annonce qu'il a reçu notification de l'approbation des nouveaux statuts modifiés le 10 novembre dernier.

Le Conseil fixe l'ordre du jour de la séance annuelle des 6 et 7 avril et vote sur la désignation des nouveaux membres du Conseil qui seront présentés au vote de l'Assemblée générale.

Il est décidé que la séance du dimanche sera consacrée non seulement à la lecture des rapports statutaires, mais à la discussion des questions mises à l'ordre du jour ; par conséquent cette séance ne sera point publique, mais réservée aux membres du Conseil général et aux délégués des sociétés unies. Dans la séance du lundi on continuera la discussion des questions mises à l'ordre du jour. Le banquet aura lieu le dimanche. Une réception ouverte aura lieu chez M. le président BROUARDEL, le lundi.

Le Conseil examine ensuite les statuts de la Mutuelle médicale de Saumur et de la Caisse de retraites que propose de fonder la société de l'Isère. Il est d'avis de ne pas conseiller aux membres de l'Association leur adhésion à ces œuvres.

M. le Trésorier a reçu l'état de la situation financière de l'Association amicale. Cet état, ainsi que le résumé de la Caisse des retraites, figureront à l'Annuaire.

M. le Trésorier rend compte des achats de rentes qu'il a effectués avec le produit de la vente de la ferme de Montsoutin, provenant du legs MARJOLIN.

Des subventions s'élevant à 700 fr. sont votées à la société de la Dordogne et à celle de Toulon.

M. SAINTON demande des instructions au sujet du rapport sur les pensions de retraites. Le conseil décide que toutes les pensions seront portées à 800 fr.

M. de RANSE fait part des études qu'il a entreprises pour établir le prix de revient d'un bulletin de l'Association. Cette question sera discutée à la prochaine séance, et fera l'objet d'un rapport à l'assemblée générale des 6 et 7 avril.

Le docteur G. DELARUE, député, a déposé sur le bureau de la Chambre (séance du 21 février 1902), une **proposition de loi** portant suppression des dispositions de l'article 909 du Code civil frappant d'incapacité successorale les médecins, chirurgiens, officiers de santé et pharmaciens.

De l'exposé des motifs, nous extrayons le passage suivant, qui rend justice au corps médical.

L'article 909 consacre une vieille iniquité puisée par nos légistes dans l'ancien droit dont ils ne se sont jamais dégagés, aggravée encore par les rédacteurs du Code, puisque la jurisprudence antérieure à la Révolution décidait que « les libéralités faites aux médecins doivent être annulées, mais seulement quand il ne paraît pas qu'ils soient les plus proches parents ou les amis intimes du testateur. »

Votre opinion est faite, Messieurs, j'en suis convaincu, nous nous trouvons en face d'une iniquité vieille de bien des siècles, et nous savons que rien n'a vie plus dure qu'une injustice qui est en même temps une ingratitude.

Le corps médical est composé d'hommes honorables et dévoués, qui, après des études longues, fatigantes et coûteuses, doivent se créer eux-mêmes une position qui sera brillante pour quelques-uns, médiocre pour le plus grand nombre, pénible et rude pour tous.

Constamment exposés aux maladies les plus graves, à la mort même, ces hommes se contentent d'un salaire misérable, et, bien souvent, ils ne retirent de l'exercice de leur profession que la satisfaction du devoir accompli.

La Société fait un perpétuel appel à leur dévouement ; qu'il vienne de l'Etat, des départements, des communes ou des particuliers, cet appel est toujours entendu ; s'ils réclamaient la rémunération légitime de leur travail, vous seriez dans l'impossibilité d'assurer le fonctionnement de vos services hospitaliers et l'exécution de vos lois d'assistance.

Alors que vous augmentez tous les traitements des fonctionnaires, que les retraites subissent des accroissements qui submergeront le budget, on n'inscrit même pas quelques francs au milieu de ces centaines de millions pour venir en aide à de vieux médecins qui ont consacré quelquefois quarante ans de leur vie au service de leurs semblables, et qui n'ont en perspective, quand la vieillesse leur rend le travail impossible, que la misère avec son cortège de lamentables souffrances.

Et la loi, en échange de leurs services qui sont la plupart du temps fort mal rémunérés, leur fait l'injure de les suspecter tous d'être capables d'un véritable crime, en abusant de l'empire qu'on leur prête sur leurs malades pour capter leur fortune, en leur imposant malgré eux leurs dernières dispositions testamentaires. Pourquoi, à notre époque, où tant de gens préfèrent leurs intérêts à leur santé, la loi n'a-t-elle pas infligé la même suspicion et le même traitement aux hommes d'affaires, notaires, avoués ou avocats, qui exercent une influence autrement grande sur leurs clients que les médecins sur leurs malades ?

C'était du reste ce qu'avait fait l'ancienne jurisprudence.

Rien, je le répète, ne peut expliquer cette mise hors du droit commun des médecins, si ce n'est une pensée mauvaise qui s'est perpétuée à travers les âges.

Quant aux pharmaciens, ils n'ont pas à soigner les malades, ils se contentent de délivrer les médicaments prescrits par les médecins, la loi aurait pu s'appliquer aux apothicaires d'autrefois, elle retarde de plus d'un siècle.

Je suis convaincu que la Chambre tiendra à honneur d'effacer du Code une injure légale, qui atteint toute une catégorie de citoyens dont la probité et le désintéressement ne méritent pas un semblable traitement.

En conséquence, j'ai l'honneur de proposer à la Chambre la disposition suivante qui prendrait place dans l'article 909 du Code civil.

PROPOSITION DE LOI

Article unique. — « L'incapacité édictée par l'article 909 du Code civil est abrogée, en ce qui concerne les médecins, chirurgiens, officiers de santé et les pharmaciens. »

UNIVERSITÉ DE LILLE

Les **Congés de Pâques** commenceront le samedi soir 22 mars pour prendre fin le lundi matin 8 avril.

— Dans sa séance du 20 février, le **Conseil de la Faculté** avait présenté, pour la chaire de pathologie interne vacante, en première ligne M. le professeur agrégé CARLIER par 11 voix contre 7 à M. PHOCAS et 1 abstention sur 19 votants; en seconde ligne M. le professeur agrégé PHOCAS par 10 contre 4 à M. GAUDIER et 5 abstentions, en troisième ligne M. le professeur agrégé GAUDIER par 14 voix sur 15 votants. Le **Conseil supérieur de l'Instruction publique** a présenté les candidats dans le même ordre à la nomination de M. le Ministre de l'Instruction publique et M. le professeur agrégé CARLIER a été nommé professeur par décret du 18 mars.

Nous avons plaisir à saluer de nos vives et sincères félicitations l'accession de notre collègue CARLIER au professorat. Le talent de parole et les qualités d'opérateur de notre collègue sont connus de tous : il nous est agréable de rappeler aussi ses qualités d'homme privé et de médecin exerçant. La rédaction de l'*Echo Médical du Nord* se réjouit plus particulièrement de cette nomination et adresse au professeur CARLIER ses plus chaleureux compliments.

Distinctions honorifiques. — Par suite de la regrettable omission d'un compositeur, le nom de M. le docteur DELHAYE, de Solesmes, n'a pas figuré parmi ceux des confrères que nous félicitions il y a quelques jours de leur nomination au grade d'*Officier d'académie*.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. A.-G. DUPONT, de Lille (Nord), externe des hôpitaux de Lille, pharmacien de 1re classe, a soutenu, avec succès,

le jeudi 20 mars, sa thèse de doctorat (6e série, n° 73), intitulée : **Des relations entre Médecins et Pharmaciens.**

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Marseille. — M. le docteur D'ASTROS est nommé professeur de clinique des maladies des enfants.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — M. le docteur RIGODON, de Montbrisson, est nommé chevalier.

Instruction publique. — Sont nommés *officiers de l'Instruction publique :* MM. les docteurs BREUCQ, de Bayonne ; POLIN, de Paris ; BOISSON, de Sceaux (Seine) ; LERAT, de Nantes.

Officiers d'académie : MM. les docteurs BOURDON, de Montbert (Loire-Inférieure) ; REDDON, de Sceaux (Seine) ; JAN-KERGNISTEL, de Merques (Loire-Inférieure) ; TRÉMOUREUX, de Nort (Loire-Inférieure) ; SAINURET et CHAPDELAINE, de Paris.

Médaille militaire. — M. le docteur CHAUMAT, médecin auxiliaire au 5e génie, reçoit la médaille militaire.

Dévouement. — MM. les docteurs NOBLE, médecin auxiliaire au 152e d'infanterie, et PIERRON, de Pont-à-Mousson (Meurthe-et-Moselle), reçoivent une médaille de bronze et une lettre de félicitations pour actes de dévouement.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs PETITGRAND, de Gorze (Meurthe-et-Moselle) ; OLLIER, de Bordeaux (Gironde) ; CROUZAT, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Toulouse ; DAUSSET, de la Trinouille (Vienne) ; VIGOUROUX, de Montpellier (Hérault) ; LIEGEY, de Choisy-le-Roi (Seine) ; DUCOING, de Morlaix (Côtes-du-Nord) ; DURANT DE LA PLACE, médecin principal de l'armée ; SIMON, de Nouan le-Fuselier (Loir-et-Cher).

OUVRAGES REÇUS

— **Les conditions d'insolation des façades d'une habitation,** par MM. BERTIN-SANS et GAGNIÈRE. Extrait de la *Revue d'Hygiène*, 1901.

— **Bulletin annuel de l'Office sanitaire municipal de Lille,** par le docteur STAES-BRAME, directeur de l'Office sanitaire. Lille, *Le Bigot*, 1901.

— **La lutte contre la tuberculose des vaches laitières dans le département de l'Hérault ; Premiers résultats,** par MM. BERTIN-SANS et CONTE. Tiré à part du *Montpellier Médical*, 1901.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

9e et 10e SEMAINES, DU 23 FÉVRIER AU 8 MARS 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	20	6
3 mois à un an	20	16
1 an à 2 ans	7	8
2 à 5 ans	6	15
5 à 10 ans	5	7
10 à 20 ans	3	3
20 à 40 ans	11	18
40 à 60 ans	28	12
60 à 80 ans	25	30
80 ans et au-dessus	3	8
Total	128	123

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	1	»	»	»	»	»	3	3	1	»	»	»	2	2	»	»	»	»	9	21	13
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	1	1	2	6	2	2	»	»	3	2	2	»	»	»	11	32	20
Moulins, 24,947 hab.	»	1	»	»	»	1	1	3	8	»	2	»	»	2	1	»	»	»	»	16	35	42
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	4	»	»	9	2	5	»	»	3	1	»	»	1	»	12	37	54
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	7	»	»	»	»	6	»	»	»	»	»	2	17	21
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	6	9	»	4	»	»	5	»	»	»	1	»	17	42	24
Esquermes, 11,381 hab.	1	»	»	»	»	»	»	3	3	»	2	»	»	1	»	1	»	»	»	7	18	11
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	»	»	»	4	»	»	»	»	»	7	15	11
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	1	»	»	3	3	1	3	»	»	5	1	»	»	1	»	4	22	35
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	5	9	6
Total	1	2	»	»	1	9	2	21	53	7	19	»	»	31	7	4	»	3	»	91	251	240

N° 272. Sixième Année. N° 13. Le Numéro : **10** centimes. 30 Mars 1902

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT *5 fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS *3 fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'asphyxie des extrémités, envisagée comme symptôme d'insuffisance rénale

Par les docteurs
Léon **Ingelrans** et Georges **Dubiquet**

Dans un récent travail, M. MARC GIBERT (thèse de Paris, 16 mars 1899), établit qu'il y a des rapports étroits entre certaines néphrites et la maladie de RAYNAUD ; et il met ces deux affections sous la dépendance d'une cause commune. La première de ces propositions est indéniable ; les faits sont là pour l'établir et nous en donnerons un nouvel exemple ; — quant à la seconde, si elle peut être vraie dans certains cas, nous ne pensons pas qu'elle exprime toute la vérité ; nous croyons au contraire que, quelquefois, l'asphyxie des extrémités relève de la néphrite, et non pas que toutes deux soient alors les conséquences d'un même facteur causal. C'est à étayer cette manière de voir que nous voulons consacrer cet article.

Le malade que nous avons observé et les observations analogues à la sienne nous ont convaincu de l'intérêt qui s'attache à ce sujet. Nous pensons être dans la réalité en les présentant comme nous venons de le dire et en les plaçant dans ces rapports réciproques. Assurément, tous les cas de maladie de RAYNAUD ne reconnaissent pas une origine toxi-rénale, mais nous voulons uniquement indiquer une possibilité qui se réalise à coup sûr plus d'une fois.

I

Dans sa monographie, qui date de 1862, MAURICE RAYNAUD s'exprime ainsi : « Je me propose de démontrer qu'il existe une variété de gangrène sèche, affectant les extrémités, qu'il est impossible d'expliquer par une oblitération vasculaire ; variété caractérisée surtout par une remarquable tendance à la symétrie, en sorte qu'elle affecte toujours des parties similaires, les deux membres supérieurs ou inférieurs, ou les quatre à la fois, plus, dans certains cas, le nez et les oreilles, et je chercherai à prouver que cette espèce de gangrène a sa cause dans un vice d'innervation des vaisseaux capillaires. » En 1874, le même auteur publia un nouveau mémoire sur la nature et le traitement de l'asphyxie locale des extrémités, dans lequel il décrivit six nouveaux cas ne comportant pas de gangrène.

Il s'agit donc d'une maladie gangréneuse, précédée d'une phase d'asphyxie des extrémités, qui représente le premier stade de la maladie, *stade auquel elle peut d'ailleurs s'arrêter.*

Tous les observateurs sont d'accord sur ce fait que les femmes sont atteintes de préférence aux hommes. RAYNAUD trouve parmi ses malades quatre femmes sur cinq. C'est le chiffre indiqué par GRASSET (*Maladies du système nerveux*) et WARREN (*Boston med. and surgic. Journal*, 1879, I, p. 25). MORGAN compte plus tard 54 femmes contre 39 hommes (*Lancet*, 1889, II), ce qui est sensiblement différent. CASSIRER indique 62 pour cent de sujets du sexe féminin, et MONRO arrive aux mêmes chiffres (*Raynaud's disease*. Glasgow, 1899). La moindre prédisposition de l'homme n'est donc pas si accentuée que le croyaient les auteurs du début.

En ce qui concerne l'âge, RAYNAUD signale l'asphyxie

des extrémités entre 18 et 30 ans. Quelques cas surviennent dans l'enfance ; après quarante ans, ils sont rares. WEISS trouve 70 pour cent des observations avant trente ans (thèse DORPAT, 1893). CASSIRER note les âges suivants, sur un ensemble de 168 faits :

De 0 à 5 ans	22
— 5 — 10 —	8
— 11 — 20 —	25
— 21 — 30 —	40
— 31 — 40 —	27
— 41 — 50 —	28
— 51 — 60 —	10
— 61 — 70 —	6
au delà de 70 ans.	2

Le cinquième lustre de la vie comporte le maximum des cas. FRIEDEL a publié le plus précoce : c'était chez un enfant de six mois (thèse de Greifswald, 1889). D'autre part, HENRY a vu la maladie de RAYNAUD débuter chez une femme de 77 ans (*American Journal of medical sciences*, 1894, p. 10) et RENON et FOLLET l'ont signalée au même âge (*Semaine médicale*, 1898, p. 286).

L'asphyxie des extrémités est, à coup sûr, une affection rare. Actuellement toutefois, plus de trois cents observations en ont été publiées et l'on ne s'attache plus qu'à celles qui offrent quelque particularité (ACHARD et LÉVI, 1901). Il n'est pas douteux que la maladie est exceptionnelle, en ce qui se rapporte à ses formes sévères, car les formes atténuées sont beaucoup plus communes. MONRO en compte à peu près un cas sur 3000 malades ; sur 7000 malades de la clinique d'OPPENHEIM, CASSIRER en note cinq, encore aucun d'eux ne s'accompagnait-il de gangrène.

Les professions dans lesquelles on s'expose au froid et à l'humidité sont plus spécialement frappées. Les blanchisseuses viennent en tête. RAYNAUD, dans une observation, signale un homme qui travaillait dans le plomb. SAINTON a publié un fait similaire dans la *France médicale* (1881, p. 221).

La maladie serait moins fréquente en Allemagne qu'en Angleterre et en France. L'hérédité est possible, si l'on en croit RICHARD, HOCHENEGG, COLMAN, MORIEZ, DE BRAMANN. Dans ce dernier exemple, trois frères furent atteints successivement (*Centralblatt für Chirurgie*, 1889). Le tempérament névropathique constitutionnel et héréditaire intervient à n'en pas douter. Fréquemment, dans la famille, on note des affections du système nerveux. Ainsi, dans une observation de WEISS, la grand'mère est morte d'une affection organique du cerveau, la mère a une hystérie grave, une sœur est hystérique avec accès de mélancolie, un frère est atteint d'une psychose intermittente. Chez AITKEN (*Lancet*, 1896), le père est alcoolique, la mère épileptique, un frère a une sciatique. L'hérédité directe est encore plus intéressante. RAYNAUD dans l'observation 15 de sa thèse, dit que l'enfant d'une de ses malades a souffert d'asphyxie locale jusqu'à cinq mois. CASSIRER rapporte que la mère d'une de ses malades a de l'asphyxie depuis sa jeunesse. Chez BEALE (*British med. Journ.*, 1887) c'est le père et les deux frères qui sont également pris et on en possède bien d'autres exemples.

RAYNAUD attachait une importance considérable à la menstruation. Il pensait que l'interruption des règles était souvent à la base de la maladie et qu'une grande amélioration, et même la guérison, survenait quand les règles réapparaissaient. Cette opinion est possible, mais nullement démontrée. Les excès sexuels semblent avoir joué un rôle causal dans une observation de SGANGA (*Riforma medica*, 1893).

Tout récemment BRASCH signale l'influence du traumatisme (*Berl. Gesellsch. für Psych.*, 1899). — La chlorose et l'anémie sont incriminées par beaucoup : nombre de malades ont une santé précaire. Les grandes fatigues corporelles interviennent aussi quelquefois, comme l'a vu MYRTLE, chez un colonel de 46 ans, qu'il fallut amputer pour gangrène, à la suite de surmenage physique considérable (*Lancet*, 1863).

La fatigue intellectuelle ne laisse pas non plus que d'amener parfois cette asphyxie, au moins est-ce probable. Il en faut dire autant des émotions et des frayeurs. Ainsi DEFRANCE signale un enfant de huit ans qui a un accès après une excitation un peu vive (thèse de Paris, 1895). Une femme, vue par DEHIO, entre d'emblée dans la maladie dont nous parlons, après une tentative de viol (*Deuts. Zeitsch. f. Nervenheilk.*, 1893, p. 1).

L'influence passagère ou durable du refroidissement et de l'humidité a été notée plus haut. Très fréquemment, les gens qui sont atteints plus tard d'asphyxie des extrémités manifestent auparavant une excessive sensibilité au froid. Pour LEGROUX (*Ann. de dermatol.*, 1892, p. 184); les engelures et la maladie de RAYNAUD sont deux degrés de ce qu'il nomme dystrophie nécropathique. Nous n'avons pas à discuter cette opinion ; en tout cas, la première atteinte arrive assez souvent en hiver. Le cocher dont parle URBANTSCHITSCH (*Gesellsch. der Aerzte in Wien*, 30 mai 1890) devient malade après avoir été exposé à une violente tourmente de grêle.

A côté de cela, on ne doit pas oublier que RAYNAUD a vu les premiers symptômes apparaître pendant la canicule. — Les applications chaudes sur les mains sont même de nature à augmenter parfois les accidents. TANNAHILL (*Glasgow med. Journ.*, 1888) note l'asphyxie apparaissant après un bain chaud ; PASTEUR (*Lancet*, 1889) cite un cas analogue.

Cette revue étiologique n'est pas encore terminée. Les maladies infectieuses et les intoxications y revendiquent une place notable. La notion du paludisme a été introduite par RAYNAUD, et confirmée par DUROZIEZ et CALMETTE (*Rev. de méd. milit.*, 1877). La grippe peut entraîner cette névrose vaso-motrice : on la trouve indiquée par FAURE-MILLER, par DARDIGNAC (*Revue de chirurgie*, 1892) par LAURENTI (*Riforma medica*, 1894). Même influence de la dothiénentérie (RICHARD. *Union médicale*, 1889), du typhus (FISCHER, *Arch. f. klin. Chir.* 1875), de la diphtérie (POWELL, *Brit. med. Journ.*, 1886), de l'érysipèle, de la fièvre puerpérale, de la scarlatine (CHEVRON, thèse de Paris, 1899), de la lèpre (ZAMBACO, POTAIN).

L. LÉVI (*Arch. de neurol.*, 1895) a montré la fréquence, dans les antécédents, du rhumatisme articulaire aigu. On signale encore la tuberculose (RENON :

Congrès de Paris, 8 août 1900 ; Urquhart ; Sée ; Byers ; *Lancet*, 26 août 1899), la syphilis, la leucocythémie. La gangrène symétrique peut dépendre de l'alcoolisme (Lancereaux, *Union. méd.* 1881), du saturnisme, nous l'avons dit, du diabète, de l'ergotisme (Ehlers), de l'intoxication par la caféine (Combemale, *Echo méd. du Nord*, 23 juillet 1899). Les cardiopathies, les artérites, l'artériosclérose (Bouveret, *Lyon méd.*, 1884), les péricardites (Widal) sont mentionnées.

En terminant cette très longue liste de causes réelles et supposées, un mot de la coïncidence avec d'autres lésions du système nerveux et avec l'hystérie. L. Lévi a, en effet, décrit une forme hystérique du syndrome en question. On l'a vue associée à la paralysie générale (Iscovesco, *Soc. de biolog.*, 1894) au mal de Pott avec compression médullaire, à l'épilepsie (Féré, *Iconogr. de la Salpêtrière*, 1891, et *Revue de méd.* 1892) au tabes (Kornfeld, *Wien. med. Presse*, 1892), — à la lypémanie (Targowla. *Ann. med. psych.* 1892), à la folie dépressive (Ritti, *id.*, 1882), à la syringomyélie (Gowers), aux névrites périphériques, à l'hydrocéphalie (Barlow : *Albutt's system of medecine*, VI, 1899).

Comment se présente donc en clinique cette maladie si étrange d'allure et si caractéristique d'ordinaire ? En voici le tableau habituel :

Elle se compose de trois actes successifs, dont le dernier, on l'a vu, n'est pas toujours atteint : la syncope locale, l'asphyxie, la gangrène.

D'abord, la syncope. L'extrémité attaquée devient pâle, d'un blanc mat : la sensibilité disparaît peu à peu pour le tact et la douleur. Seule, la sensation de température persiste. Une parésie marquée accompagne ces signes. Ceci arrive par accès qui durent des minutes ou des heures. Vient ensuite la réaction avec sensation d'onglée.

Très souvent se montrent à cette période des sensations paresthésiques et des douleurs. L'accès peut se répéter plusieurs fois, même vingt à trente fois par jour. La seconde phase, dite asphyxie des extrémités, succède à la précédente et peut alterner avec elle. C'est alors la teinte cyanique qui se produit, soit blanc bleuâtre, soit violette, soit ardoisée, noirâtre, comparable à une tache d'encre (Weis dénomme ceci cyanose régionale, Laveran dit acrocyanose, Hutchinson acroasphyxie). A ce moment, la pression détermine une tache blanche qui met longtemps à s'effacer. Près des ongles, la teinte foncée est encore plus prononcée qu'à la racine des doigts. Cette coloration peut arriver subitement ou petit à petit. — Parfois, on note du gonflement des tissus avoisinants. Quand l'asphyxie s'étend à l'avant-bras ou à la jambe, on voit des réseaux bleuâtres sur ces régions, semblables à ceux qu'on connaît chez les femmes qui se servent perpétuellement de la chaufferette.

Le gonflement est un symptôme quasi constant de la phase asphyxique, tandis qu'au contraire lors de la syncope, il semble que le volume de la partie malade soit amoindri. Lauer a mesuré la troisième phalange du médius droit pendant l'asphyxie et a trouvé six centimètres et demi ; après l'accès six centimètres (*Ueber locale Asphyxie*. Strasbourg, 1884). Ce gonflement n'est pas œdémateux, on n'y peut pas creuser de godet.

La température a été également étudiée par Lauer. Il trouve par exemple, au bras 33°5, à l'avant-bras 31°8, à la main 30°, aux doigts 25°8. — Marchand note 13° 1/2 à la main et 13°1 aux doigts à un moment où la température de la salle était de 12°5 (*Journal des connaissances médicales de Nantes*, 1837, d'après Raynaud) Hösslin (*Münch. med. Woch.*, 1888) a repris ces mesures thermométriques : il constate que la chaleur des régions atteintes est extrêmement faible et qu'elle peut être inférieure de quatre degrés à celle de l'air extérieur. Après l'accès, on peut trouver une différence de vingt degrés en plus.

On voit des malades plonger leurs mains dans de l'eau à 40 degrés et les conserver froides et cyanosées. Bernhardt pique une main malade et en fait sortir une goutte de sang noir ; de l'autre côté, qui est sain, le sang est rutilant (*Archiv für Psychiatrie*, XII).

Ceci s'accompagne de douleurs assez violentes, brûlures, élancements, fourmillements exaspérés par les attouchements et les pressions. L'anesthésie est absolue : le malade ne peut plus prendre aucun objet. L'un de nous a présenté, le 14 février 1902, à la *Société centrale de médecine du Nord* une femme qui est parfois obligée de se mettre au lit avec son chapeau sur la tête, faute de pouvoir en enlever l'épingle d'attache lorsque personne près d'elle ne vient l'aider.

Au bout d'un temps variable, l'asphyxie disparaît. Les taches sont d'abord noires, livides, puis d'un rouge foncé. Peu à peu, elles retournent à leur coloration normale, ou bien en restent à l'état syncopal. Nous devons signaler ici que l'asphyxie peut s'installer d'emblée, sans avoir été précédée de syncope locale. Weiss compte 12 de ces cas sur 17.

Le pouls devient petit et s'accélère. Louis a constaté que dans l'intervalle des accès, il y a un léger état spasmodique des parois de l'artère radiale avec hyperthermie permanente de la main. Pendant la vasodilatation qui succède immédiatement à la crise, le pouls prend une amplitude considérable (thèse de Paris, 1895). Les veines régionales apparaissent dilatées et gonflées de sang noir.

La durée de l'asphyxie peut n'être que de quelques instants. Elle peut aussi se compter par jours. Elle peut se reproduire une ou plusieurs fois quotidiennement ou ne se représenter qu'à de fort longs intervalles.

En dernier lieu on décrit la gangrène. Il s'agit cette fois, non plus seulement de troubles vasomoteurs, mais de troubles trophiques. Dans les cas types, elle naît à la suite des accidents variés que nous venons d'indiquer. Ce sont d'abord de petites bulles, remplies d'une sérosité sanguinolente ou à contenu noirâtre. Elles crèvent et laissent à leur place des excoriations et des ulcérations. Quelquefois, l'épiderme se détache d'emblée.

La gangrène se présente suivant trois modalités : phlyctènes, parcheminement, escarres. Les premières ulcérations se sont cicatrisées et rétractées. Un tubercule conique se constitue, juste au niveau de la racine de l'ongle. Petit à petit, la pulpe du doigt offre de nombreuses cicatrices blanchâtres et déprimées. Les ongles peuvent tomber ; la peau devient chagrinée.

Dans le parcheminement, la peau est desséchée, amincie, ridée et de couleur fauve. Elle est d'une dureté ligneuse. — Une autre modalité est caractérisée par la production d'escarres qui se détachent, laissant à nu les papilles du derme. Des bourgeons charnus viennent, par la suite, amener la cicatrisation. La durée de tout ce processus est éminemment variable et dépend de l'étendue des surfaces gangrénées. La cicatrisation de toute une phalange peut demander de deux à quatre mois; quelques semaines suffisent pour une gangrène limitée. Les cicatrices sont longtemps recouvertes, quelquefois près d'un an, d'une croûte qui tombe et se renouvelle incessamment.

C'est une gangrène sèche : elle peut être, au contraire, humide. Entre les deux formes, aucune différence capitale à tel point qu'on peut les voir toutes deux chez un même sujet. — Cette gangrène fait éprouver au malade des fourmillements, une chaleur brûlante, puis des douleurs irradiées dans tout le membre. Ces douleurs coïncident avec l'anesthésie des régions attaquées.

La maladie de Raynaud frappe symétriquement les extrémités (doigts, orteils, nez, oreilles). Toutefois, *cette symétrie n'est pas toujours observée*, et d'autre part, d'autres parties du corps peuvent être touchées, la région sternale, par exemple, les joues, ou même tout un membre. En général, ce sont les doigts et surtout les phalangettes : la symétrie n'y est pas forcément parfaite, surtout au début. On peut également observer l'asphyxie à une seule main, ou à un seul pied. Colson, Dominguez, Germer, Eichhorst, Pasteur, Zeller, Minor, Smith, Anderson, Parkinson décrivent des asphyxies locales unilatérales. Le sixième cas du second travail de Raynaud lui-même concerne un homme de 44 ans, chez qui l'asymétrie était évidente.

Le menton est assez souvent atteint. Des symptômes d'asphyxie locale se sont parfois montrés à la langue. Une malade de Mills (*American Journal*, 1878), après une danse effrénée, vit la pointe de sa langue devenir bleue. Powell publie un cas d'ulcération de la langue par asphyxie locale. Raynaud a observé la maladie au niveau des mamelles, Blumenthal et Monro aux lèvres ; Schuboe, Weiss, Wynhoff, Fischer, Mendel, aux joues ; Schuboe aux fesses (*Nord. med. ark.*, 1869) ; Weiss aux grandes lèvres, etc. — Des membres entiers sont quelquefois en jeu. Barlow signale un fait où on dut pratiquer une amputation au tiers moyen de la jambe. Spillmann (*Médecine moderne*, 1894) a vu la gangrène des deux mains jusqu'aux poignets, des deux pieds, des oreilles et du bout du nez. — Cas d'Hauptmann (*Medical Record*, L, p. 459) : gangrène des extrémités inférieures jusqu'à deux pouces au-dessous du genou, plus tard gangrène des extrémités supérieures jusqu'à trois doigts au-dessous du coude, nez et oreilles asphyxiques. — Cas d'Affleck (*Brit. med. Journ.*, 1888) : le pied est gangréné d'un côté. On l'ampute et on constate que les vaisseaux sont normaux.

L'état général du malade reste satisfaisant. Il ne survient pas de fièvre ; aucun phénomène morbide du côté des viscères, réserve faite pour quelques troubles associés. L'appétit est conservé, la respiration est facile.

Raynaud signale expressément l'intégrité du cœur et des vaisseaux.

L'affection dont nous venons d'exposer les grandes lignes procède par accès qui se renouvellent pendant une durée fort longue. En ce qui concerne la syncope locale, c'est-à-dire la première étape, il est des exemples où elle a été ininterrompue pendant huit ou dix jours, sans aller plus loin (Lamotte et Volfius).

La symétrie, qui est de règle, ne veut pas dire simultanéité. Dans ce cas d'Hallopeau, les troubles durent six mois d'un côté avant d'envahir l'autre (*Ann. de dermatol.*, 1894) — Très généralement aussi, la terminaison est favorable, même quand il y a gangrène. La sclérodermie peut terminer le processus de Raynaud ; la place nous fait défaut pour insister sur ce point.

Des troubles associés, différents de la sclérodermie, sont assez fréquents. Morel-Lavallée a observé une femme atteinte d'érythromélalgie avec paroxysmes aux mains et qui tout l'hiver souffre d'asphyxie. Potain (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1897) publie un article sur la maladie de Raynaud existant d'un côté du corps et l'érythromélalgie de l'autre. — On note aussi dans le domaine oculaire des mouches volantes et on peut constater le spasme concomitant des artères rétiniennes. — Dans un autre ordre d'idées, l'hémoglobinurie est parfois associée. La première remarque à ce sujet a été faite par Hutchinson (*Medic. Times*, 1871) ; viennent ensuite Wilks (*idem*, 1879) ; Southey, Dickinson, Druitt (*idem*, 1873) ; Abercrombie (*Arch. of pediatrics*, 1886) : Myers, Beale, Bland ; Brandt (thèse, Paris, 1895) ; Defrance, Haig (*Transact. of med. soc. of London*, 1892) ; Barlow, Bristowe et Copeman (*Medic. soc. proceed.*, 1889); Morgan, Osler, Tannahill, Warren, Dyce Duckworth, Henry. Dans tous ces cas, l'hémoglobinurie a été bien et dûment constatée : il semble y avoir plus qu'un rapport de coïncidence entre les deux symptômes et nous rappelons tous ces noms parce que notre thèse roule sur un sujet voisin, les rapports de l'asphyxie des extrémités avec les néphrites.

D'autres complications, moins intéressantes, à coup sûr, existent ; mais nous les laisserons. Il est temps de dire deux mots des formes de la maladie de Raynaud. Une forme atténuée se voit souvent ; elle est fréquente, ainsi qu'une forme moyenne dont nous venons de donner une idée. La forme compliquée est celle qui, au lieu de se terminer par gangrène, tourne à la sclérodermie (Favier, thèse de Paris, 1880). Enfin, Brengues (thèse de Paris, 1896) décrit des formes graves. — Comme évolution, l'intermittence domine la scène. On a des accès trois ou quatre fois en quelques années. A côté de ceci, la forme continue existe, pouvant durer neuf ans, comme l'a vu Humphrey (*Brit. med. Journ.*, 1890). Tous les intermédiaires se conçoivent et existent d'ailleurs.

Anatomie pathologique. — Dans l'esprit de son créateur, ce type morbide se caractérise par l'absence totale de lésions vasculaires ou nerveuses. On a

entrepris de multiples recherches histologiques sur ce point de la pathologie, mais on doit avouer, avec Dehio, qu'on n'a point encore pratiqué un examen suffisant des tissus qui peuvent être en jeu dans la maladie de Raynaud. Aucun des résultats négatifs n'a trait à un cas assez typique pour qu'avec une absolue sécurité on puisse déclarer que c'est une pure névrose. Aucun des résultats positifs ne permet de certifier que la lésion est bien telle ou telle. Les uns ont constaté des altérations du système nerveux central ou périphérique, les autres des altérations du système circulatoire. Nous pouvons nous dispenser de citer même toutes les opinions sur le sujet, mais on comprend que la pathogénie demeure bien obscure, puisque toute base lui manque ; sur cette pathogénie, cependant, on est en droit d'édifier quelques hypothèses.

Raynaud interprétait la maladie par une théorie centrale : névrose, disait-il, caractérisée par l'exagération du pouvoir excito-moteur des parties centrales de la moelle présidant à l'innervation vasculaire. L'interruption de l'afflux du sang dans les petits vaisseaux serait le résultat d'un spasme produit par l'excitation des vaso-moteurs. Les artérioles resserrées empêchent l'arrivée du sang dans les capillaires. Les veinules en se resserrant envoient leur sang dans les veines plus grosses. Si la constriction des artérioles persiste, tandis que celle des veinules cède, alors le sang noir reflue dans les capillaires, d'où asphyxie locale. — A cette théorie, Vulpian a opposé la théorie périphérique. Une vaso-constriction énergique serait amenée par l'excitation des nerfs cutanés et produite par les ganglions situés sur le trajet des fibres vasomotrices à peu de distance de leur terminaison.

On en est resté là pour la physiologie pathologique de l'asphyxie des extrémités. On a parlé de bien d'autres choses, même de microbes : rien de moins établi

Cassirer écrit : « Des parties définies du système nerveux (voies et centres vasomoteurs trophiques) se trouvent dans un état d'excitabilité intense. Cet état peut dépendre d'une anomalie congénitale qui est souvent liée à l'hérédité-névropathique. Il peut se développer à la suite d'influences nocives longues et répétées, comme le refroidissement habituel, les maladies rhumatismales, etc. Cette hyperexcitabilité peut être provoquée aussi sans aucune prédisposition, *soit directement à la suite d'infections et d'intoxications*, soit d'une façon réflexe par lésion des organes périphériques, souvent des vaisseaux, plus rarement des nerfs. » (*Die vasomotorisch-trophischen Neurosen*, 1901).

On écrirait des volumes sur ce sujet. Il faut se borner ; nous en avons dit assez dans cette vue d'ensemble pour permettre un diagnostic souvent aisé de la maladie. On la distinguera de l'onglée qui lui est identique, mais qui est passagère et toujours liée au refroidissement excessif.

Les engelures sont des plaques violacées, persistantes, dont la différenciation d'avec l'asphyxie des extrémités est quelquefois impossible, à telle enseigne que certains ont soutenu leur quasi-identité.

L'acroparesthésie de Schultze (*Deuts. Zeitsch. für Nervenheilk*, 1892) ne se traduit pas par des douleurs, des troubles vaso-moteurs, tout au moins dans sa forme classique. — La maladie de Morvan s'installe lentement, dure de longues années, débute souvent par une extrémité, s'accompagne de panaris indolores, avec dissociation syringomyélique de la sensibilité, avec amyotrophie, chute des ongles, nécrose osseuse, etc.

Signalons encore comme cause d'erreur possible les névrites périphériques, l'œdème bleu hystérique, la cyanose congénitale, la gangrène sénile, les endartérites, l'ergotisme gangréneux, etc. On ne peut tout citer.

L'asphyxie des extrémités ne menace pas la vie de son porteur, au moins directement. Pour la guérison, c'est autre chose : des patients guérissent après un temps plus ou moins long, d'autres souffrent des années ou toute leur existence. La présence du stade gangréneux assombrit naturellement le pronostic.

Le traitement prophylactique et le traitement causal dominent tout. On s'efforce de remonter l'état général et de lutter contre le tempérament névropathique héréditaire ou acquis. On évite l'action locale du froid, on emploie localement les frictions excitantes et les lotions froides, les liniments laudanisés ou chloroformés : enfin Raynaud a obtenu des résultats encourageants du traitement électrique.

II

On vient de voir toute une série de causes attribuées à plus ou moins juste titre à la maladie de Raynaud, ainsi qu'une notable quantité de maladies diverses auxquelles on l'a trouvée associée. Nous avons à dessein négligé de signaler l'albuminurie. Nous allons à présent étudier à part les relations de l'asphyxie des extrémités avec les affections rénales.

A la séance du 27 février 1880 de la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, M. Debove lut une communication concernant une femme de 24 ans atteinte d'abord d'œdème très considérable, de dyspnée et d'ascite. Peu de temps après surviennent des attaques d'urémie convulsive ; plus tard enfin, gangrène symétrique des doigts de la main. A ce moment, on note de l'albuminurie et un bruit de galop ; la malade meurt, et M. Debove, en rapportant son histoire, déclare qu'il n'y a pas dû y avoir chez elle simple coïncidence entre la néphrite et la gangrène, car, chez les malades, rien n'arrive fortuitement.

Raynaud avait bien cité des faits avec albuminurie, mais voilà le premier cas signalé de coïncidence d'une néphrite avec la maladie en question. En octobre 1882, M. Roques, également à la *Société médicale des hôpitaux*, rapportait un deuxième cas du même genre et il le publiait in-extenso la même année (*Thérapeutique contemporaine*, p. 689). Nous nous garderons de le reproduire, car il se trouve aussi dans la thèse de Grouillard (Paris, 2 août 1884) et dans celle de Marc Gibert. Il s'agit d'une femme de 40 ans, qui entre à l'hôpital en état d'asystolie. Les urines, très albumineuses, se prennent en masse par la chaleur et l'acide nitrique. Les battements du cœur sont énergiques,

fréquents et réguliers. La vue est indistincte, les objets aperçus à travers un brouillard. Depuis trois mois, le malade a l'onglée, ses doigts deviennent pâles et comme morts. Le gros orteil droit est froid et très douloureux ; quatre jours après, le gros et le petit orteil droits sont le siège de plaques violacées. La sensibilité y est obtuse, les douleurs atroces. Mêmes phénomènes de l'autre côté, et aux membres supérieurs, sauf aux pouces ; puis des eschares surviennent. L'amblyopie alterne avec les troubles de la circulation périphérique. Les artères de la papille sont plus grêles que normalement. La malade meurt un mois après son entrée. — Ventricule gauche hypertrophié. Les reins sont petits, le droit surtout ; leur surface est irrégulière, la capsule est très adhérente, la couche corticale a presque disparu, la base des pyramides touche presque à la périphérie; on trouve les lésions microscopiques de la néphrite interstitielle. Les artères radiales et pédieuses ne sont point altérées.

Après cette observation si curieuse de ROQUES, nous rencontrons l'année suivante, en 1883, un cas de PETIT ET VERNEUIL dans la *Revue de chirurgie*. C'est celui d'une femme âgée de 27 ans, atteinte de cachexie palustre avec accès intermittents irréguliers. Elle offre une asphyxie locale des extrémités supérieures jusqu'au dessus du poignet et jusqu'au tiers inférieur de la jambe ; le bout du nez et les oreilles sont atteints. Amélioration lente. L'urine renfermait un peu d'albumine. Nous ne tiendrons pas compte de ce fait, car le paludisme nous semble y jouer le rôle capital.

La même année, D'ASTROS présenta au *Comité médical des Bouches-du-Rhône* (20 juillet 1883) un malade intéressant qui fit l'objet d'une leçon clinique de FABRE (*Gazette des hôpitaux*, janvier 1884, p. 75). En voici l'histoire résumée : c'est un homme de 54 ans, qui commence par présenter des signes de bronchite emphysémateuse avec phénomènes cardiaques. Bientôt, de l'asphyxie locale se produit aux oreilles et aux mains. Albuminurie abondante et, en même temps, gangrène des doigts. Mort assez rapide. A l'autopsie, néphrite mixte accentuée.

En 1885, HOCHENEGG (*Wien. med. Jahrbücher*, p. 569) signale un homme de 51 ans, présentant des troubles d'origine cérébro-spinale. Scoliose, hydrocéphalie. Sans cause apparente, il fut pris d'asphyxie locale, puis de gangrène des mains ; à droite l'index est atteint, à gauche, la main entière. L'urine renferme de l'albumine.— A l'autopsie, les reins sont gros, déchiquetés. La substance corticale est criblée de trous. Au sommet des pyramides du rein droit, existent des traînées blanches, rayonnantes, granuleuses.

La même année, VAN DER HŒVEN (*Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde*, 30) publie l'histoire d'une femme de 31 ans qui ressent, sans cause apparente, des douleurs dans les doigts ; puis on voit se développer l'asphyxie locale et la gangrène sèche des doigts. Beaucoup d'albumine dans l'urine. Guérison au bout de trois mois et disparition de l'albumine.

Dans le *British med. Journ.* de 1887 (I, p. 57) WIGGLESWORTH étudie le cas d'une femme de 26 ans, qui a eu des accès épileptiques et offre une légère démence.

Sa main droite n'avait plus qu'un seul doigt, l'auriculaire. Des autres, il manquait les phalangines et les phalangettes. A la main gauche, quatre doigts entiers, mais fléchis ; l'index réduit à une phalange. Le gros orteil droit n'existe plus, le gauche a une perte de substance. Mort par épilepsie. — L'urine contenait un quart de son volume d'albumine. A l'autopsie on constate que les reins pèsent 2 onces 1/2. Ils sont petits ; leur capsule est adhérente, leur surface granulée. Nombreux kystes corticaux.

La même année, dans la *Revue de médecine* (p. 401), cas de GOLDSCHMITH. Femme de 50 ans, prise brusquement d'asphyxie, puis de gangrène des doigts. Plaque de gangrène au milieu de la jambe droite. L'urine renfermait 1 p. 100 d'albumine. Dans les reins plusieurs infarctus.

En 1889, GARLAND (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 13, p. 838) étudie un homme de 32 ans. En hiver, il subit un refroidissement du pied droit après une marche prolongée. Quelques jours après, les orteils changent de couleur et se gangrènent à leur extrémité. Pieds et jambes gonflés et parfois bleus. — Albuminurie : le malade meurt du mal de Bright.

La même année, article de J.-B. ADAM (*Transactions of the Honkong med. Society*, Londres, 73-79). Il s'agit d'une Chinoise de 8 ans, admise à l'hôpital pour gangrène avancée des pieds. La maladie a débuté par le pied gauche, qui est devenu bleu et froid. Puis le pied droit, les oreilles, les joues, les bras présentent des taches bleu-noir. Attaques quotidiennes pendant une heure. Les pieds et le tiers inférieur des jambes deviennent noirs et gangréneux ; puis c'est le tour de la main droite. Les pieds tombent d'eux-mêmes au niveau des articulations. Mort. — Les urines contenaient de l'albumine ; au microscope, cylindres granuleux.

En 1892, cas de HAIG (*St-Barthol. hosp. reports*, XXVIII, 29 à 46). C'est une femme de 47 ans : tous ses doigts sont bleus et luisants. Albuminurie persistante. Bronchite chronique, dilatation et hypertrophie du ventricule gauche, hypertension artérielle.

En 1894, cas d'HENRY (*Amer. journ. of med. sciences*, t. CVII, p. 9). C'est un homme de 55 ans qui a de l'asphyxie des oreilles, du nez, des doigts. L'urine contient du pigment sanguin, plus tard 7 pour 100 d'albumine, puis 35 pour 100, avec des cylindres.

La même année, COLSON note l'albuminurie passagère chez un sujet (*Ann. de la Soc. méd.-chirurg. de Liège*, p. 334) ; de même MORTON (*Journ. of cutan. diseases*, p. 249).

Le 10 avril 1896, au *Congrès de médecine de Nancy*, M. MAGNOL (de Montpellier) communique une observation d'albuminurie, dans laquelle le phénomène primordial semble avoir été l'asphyxie des extrémités. C'est un jeune homme à antécédents artério-scléreux héréditaires, chez lequel se montra de la cyanose des extrémités, sans lésion cardiaque. Deux ans après apparut, à la suite de marches militaires, un œdème notable des jambes et de la face, qui le fit admettre à

l'hôpital. On trouva dans ses urines 0 gr. 75 d'albumine par vingt-quatre heures.

En 1896, TCHESCHICHINN signale la gangrène des doigts au cours d'une néphrite.

La même année, AITKEN (*Lancet*, p. 875) voit un homme de 43 ans, d'hérédité névropathique, présentant des symptômes cyanotiques des extrémités depuis neuf ans.

Depuis sept ans, néphrite interstitielle chronique, avec symptômes urémiques, rétinite albuminurique, hémoglobinurie légère. Quand les accès asphyxiques surviennent, la quantité d'urine diminue et l'auteur croit que la vaso-constriction périphérique est accompagnée de vaso-constriction rénale, d'où oligurie : effectivement, l'urine tombe à 100 grammes à ce moment.

En 1898, JACOBY (*New-York med. Journ.*, p. 143) examina un homme de 42 ans, qui a des engourdissements des doigts, depuis six semaines. Le médius a plus que de la syncope ; il est atteint d'asphyxie. Dans la suite, la phalangette tombe ; puis des maux de tête et d'estomac apparaissent. L'urine contient de l'albumine, des cellules épithéliales du rein, des cylindres hyalins et granuleux. Coma, et mort par néphrite interstitielle chronique.

La même année, DICKINSON et HUBER, à la *Société clinique de Londres* (22, IV) indiquent une nouvelle observation. Le 16 octobre 1899, KRONER (*Verein für innere Medicin, in Berlin*) présente un malade brightique depuis neuf années, qui tout à coup a eu des troubles vaso-moteurs du nez, des doigts et des orteils, avec gangrène partielle.

Enfin, dans la thèse de MARC GIBERT se trouve le cas d'une fillette de quatre ans qui est prise d'œdèmes, de céphalées et d'attaques convulsives Albuminurie très abondante. Par la suite, asphyxie des extrémités ; les trois derniers doigts de la main gauche sont noirs. Ulcérations du nez et des oreilles ; plaque noirâtre au sacrum, orteils momifiés. Mort. A l'autopsie, lésions d'endartérite et reins congestionnés avec piqueté hémorrhagique.

Cette dernière observation de GIBERT porte à vingt le nombre des cas publiés où un rapport quelconque entre la maladie de RAYNAUD et la néphrite a été entrevu Un bon nombre d'entre eux sont allés jusqu'à la gangrène. Quelques-uns se sont arrêtés au stade asphyxique et c'est parmi ces derniers qu'il faudra ranger le fait inédit dont voici la relation et qui nous a amené à étudier le présent sujet :

OBSERVATION

Néphrite chez un homme de 48 ans, alcoolique ; albuminurie, anasarque, dyspnée. — Céphalées, fourmillements, vertiges, crampes, mouches volantes. — Trois ans après, asphyxie des extrémités, débutant par les mains, puis atteignant les pieds.

Le nommé Napoléon van H...., âgé de 52 ans, entre, au début de décembre 1901, à l'hôpital de la Charité de Lille, dans le service de M. le professeur-doyen COMBEMALE, salle Sainte-Catherine, nº 1. Il y vient pour un refroidissement accentué de la main et du pied gauches, accompagné de douleurs, de cyanose, d'œdème et de parésie. C'est un ajusteur, de nationalité belge, paraissant largement son âge, fort peu intelligent, d'apparence encore robuste.

Son père est mort à 78 ans, sa mère à 74 ans. Il a perdu un frère âgé de 56 ans d'une maladie indéterminée. Ses quatre sœurs se portent bien. Il est séparé de sa femme.

Son premier enfant est âgé de 16 ans et n'est point malade. Le second est mort, à deux ans et demi, de méningite. Le troisième est mort à neuf mois après avoir eu des convulsions ; de même, le quatrième à treize mois, et le cinquième à sept mois.

Lui-même a eu la variole à trois mois, d'après son dire. Ce serait sa seule maladie. Il accuse des habitudes profondément alcooliques, depuis l'âge de treize ans. Cette intoxication habituelle est tout à fait nette chez lui.

Le 25 mai 1898, il est venu à l'hôpital de la Charité, présentant une anasarque peu marquée, mais plus forte aux jambes et au scrotum qu'ailleurs. En même temps, il toussait, respirait mal et avait de la dysurie. Au début de juin 1898, il urinait un litre et demi et les urines contenaient trois grammes d'albumine par litre. Rien dans les grandes séreuses.

On lui fait prendre des bains d'air chaud ; on le met au régime lacté et on lui pose des ventouses sèches. A sa sortie, le 20 juin 1898, il n'est pas guéri, mais il part, ne voulant plus du régime lacté. Il a trois à quatre litres d'urine par jour, contenant un demi-gramme d'albumine par litre. L'œdème a disparu.

Depuis ce temps, il tousse le matin, a de la dyspnée d'effort, de la pituite, des céphalées nocturnes.

Le 12 janvier 1899, il revient à l'hôpital pour de l'œdème des jambes. On ne trouve plus d'albuminurie. La région épigastrique est très douloureuse à la pression ; vomissements, gastrite alcoolique. L'expectoration est presque nulle. On constate de l'artério sclérose périphérique. Les membres supérieurs étendus sont le siège d'un tremblement accentué. Fourmillements dans les doigts, crampes, vertiges, mouches volantes. Cauchemars effrayants et rêves professionnels.

On le met au régime lacté et on lui donne un peu de strychnine.

Il revient en décembre 1901, cette fois, pour de l'asphyxie des extrémités. Cela a débuté en février, par les deux mains. Elles devenaient bleues, insensibles, douloureuses, gonflées. Cet état a duré quelques semaines, puis a cessé. D'autres accès sont survenus : actuellement la main droite n'a rien. La température de la paume de cette main est de 29 degrés. En revanche, la main gauche est glacée jusqu'au niveau du poignet, violacée, quasi insensible à la piqûre. Température : 14 degrés.

L'avant-bras est parcouru de traînées bleuâtres jusqu'au coude. Il est, comme la main, le siège de fourmillements ; à certains jours, ce sont des douleurs qui s'irradient jusqu'à l'épaule. La force dynamométrique est quasi nulle de ce côté les premiers jours qu'il demeure à l'hôpital. Le pied droit est beaucoup moins pris ; il est beaucoup plus froid que le gauche, mais à peine bleuté.

L'exposition au froid exagère tous ces phénomènes. La main offre une apparence œdémateuse, sans qu'on puisse y imprimer le doigt. Le pouls radial est normal, égal à celui de gauche, tous deux très tendus.

Le nez paraît un peu plus froid à droite qu'à gauche ; de même, l'oreille droite est un peu moins chaude que l'autre. Après les repas, pendant une heure ou deux, l'aphyxie des extrémités diminue fortement. Il n'y pas eu de phase de syncope. Aucune gangrène. La piqûre de l'épingle, la brûlure au thermo cautère sont perçues, mais infiniment moins bien aux régions atteintes qu'ailleurs. Si on presse un peu sur la main asphyxique, on amène la production d'une tache blanche qui disparaît fort lentement.

Aucune paralysie. Réflexes normaux. Vue amoindrie par l'âge. Aucun stigmate d'hystérie. Surdité progressive depuis ces dernières années.

La dyspnée urémique existe encore par moments, accompagnée de toux. Rien aux poumons que quelques gros râles de bronchite.

Battements du cœur sourds ; aucun souffle, ni bruit de galop. Pas de varices.

L'urine ne contient pas d'albumine, mais elle est très claire et mousseuse.

Pas de sucre. — Le sédiment urinaire, examiné au microscope, ne décèle pas de cylindres, mais de grandes cellules aplaties.

L'urine, qui a une densité de 1010, est en grande quantité ; plus de quatre litres par jour. Le malade se lève toutes les nuits plusieurs fois pour uriner.

L'élimination du bleu de méthylène injecté sous la peau est continue cyclique, mais sa durée est très prolongée.

A la fin de décembre 1901, la situation du malade demeure la même, avec une légère amélioration due uniquement, semble-t-il, au séjour dans une salle chauffée.— On l'a mis au régime lacté depuis quelques jours seulement d'ailleurs. Il demeure en observation.

La relation qui précède nous semble typique et bien faite pour entraîner la conviction qu'il existe un rapport entre la néphrite chronique, dont est assurément atteint ce malade, et l'asphyxie des extrémités qui n'est apparue qu'à 51 ans, trois ans après les signes révélateurs d'une atteinte du rein. Avec ce cas, nous nous trouvons en face de vingt et une observations analogues, dont voici plus bas le tableau récapitulatif (1), et nous avons à rechercher la nature de la liaison réciproque de ces maladies. Comment le mal de Bright, comment l'intoxication urémique, entraînent une névrose vaso-motrice et trophique de cette forme, c'est ce qu'il nous reste à rechercher. Encore faut-il savoir quels sont les troubles vaso-moteurs coutumiers aux néphrites. Il en existe toute une série, les uns quasi-constants, d'autres moins fréquents, les derniers enfin exceptionnels. Notre intention n'est pas de les passer tous en revue avec détails : encore faut-il au moins les signaler. Leur énumération entraînera avec elle, pensons-nous, la démonstration des liens intimes qui unissent aux néphrites les phénomènes de vaso-constriction généralisée ou localisée. Si les manières d'être de l'urémie sont des plus multiples et si sa physiologie pathologique cache encore plus d'un secret, on accordera peut-être que les altérations des vaisseaux méritent large part dans toutes les explications qu'on en pourra donner.

III

Le mal de Bright, tel que son créateur l'a conçu, est constitué par la réunion de trois termes : albuminurie, œdème et lésion rénale. Un trouble circulatoire, l'œdème, fait donc ainsi partie intégrante du

(1) On trouvera, *in extenso*, les principales de ces observations dans un autre travail de l'un de nous (Dubiquet, *Thèse de Lille*, 18 févr. 1902).

TABLEAU DES CAS DE MALADIE DE RAYNAUD LIÉS A LA NÉPHRITE

N°	AUTEUR	DATE	AGE	SEXE	SIGNES D'ASPHYXIE LOCALE	SIGNES DE NÉPHRITE
1	Debove	1880	24	femme	Gangrène des doigts	Œdèmes, dyspnée, céphalée, troubles de la vue, polyurie, ascite, urémie convulsive, bruit de galop, albuminurie.
2	Roques	1882	40	—	Gangrène des extrémités	Albuminurie, troubles visuels, néphrite interstitielle.
3	d'Astros	1883	54	homme	Gangrène des doigts. Asphyxie des oreilles	Néphrite mixte. Hypertrophie du cœur. Albuminurie. Polyurie. Pollakiurie.
4	Hochenegg	1885	51	—	Gangrène des mains	Albuminurie. Lésions rénales.
5	Van der Hœven	1885	31	femme	Gangrène des doigts	Albuminurie.
6	Wigglesworth	1887	26	—	Gangrène des doigts et des orteils	Atrophie rénale. Albuminurie.
7	Goldschmidt	1887	50	—	Gangrène des doigts	Albuminurie : lésions rénales.
8	Garland	1889	32	homme	Gangrène des orteils	Mal de Bright.
9	Adam	1889	8	femme	Gangrène des pieds et des mains	Albuminurie ; cylindrurie.
10	Haig	1892	47	—	Asphyxie des doigts	Albuminurie, hypertrophie du cœur, hypertension.
11	Henry	1894	55	homme	Asphyxie des oreilles, du nez, des doigts	Albuminurie, cylindrurie.
12	Colson	1894	—	— ?	Asphyxie des extrémités	Albuminurie.
13	Morton	1894	—	— ?	— —	—
14	Magnol	1896	—	— ?	— —	Albuminurie et œdèmes.
15	Tchetschichinn	1896	—	— ?	Gangrène des doigts	Néphrite.
16	Aitken	1896	43	homme	Cyanose des extrémités	Urémie, rétinite, oligurie.
17	Jacoby	18'8	42	—	Asphyxie des doigts	Albuminurie, cylindrurie, coma.
18	Dickinson	1898	—	— ?	Asphyxie	Néphrite.
19	Kroner	1899	—	homme	Gangrène : nez, doigts, orteils	Brightisme ancien.
20	Gibert	1899	4	femme	Gangrène des doigts et orteils	Albuminurie, céphalées, œdème, oligurie, convulsions.
21	Ingelrans et Dubiquet	1902	48	homme	Asphyxie des mains et des pieds	Albuminurie, anasarque, dyspnée, céphalées, vertiges.

tableau clinique et nous devons l'envisager tout d'abord.

Il n'est pas question de tout dire : aussi ne décrirons-nous pas ces œdèmes d'origine rénale et ne dirons-nous pas toutes les explications qu'ils ont suscitées. Bright admettait que les pertes en albumine subies par le plasma sanguin permettent une transsudation plus facile du sérum en dehors des parois vasculaires, d'où la production de l'hydropisie. Mais Cohnheim et Lichteim ont montré que l'hydropisie n'était pas toujours en rapport direct avec le taux de l'albuminurie, que les injections intra-veineuses de solutions salines ne produisent pas d'œdème et que celui-ci n'apparaît que dans les territoires où l'on a simultanément irrité le réseau vasculaire. L'altération des parois des vaisseaux, qui se produit chaque fois que la structure chimique du plasma sanguin est modifiée d'une façon intense et durable, serait la vraie cause de l'œdème : c'est l'opinion de Senator. Enfin, des travaux récents démontrent que le sérum sanguin, en état d'hydremie, devient hypo-isotonique par rapport au plasma lymphatique, d'où production d'un courant dirigé du côté des espaces lymphatiques. (Voir thèse de Théaulon. Lyon, 1896).

Toutes ces conditions sont véritablement capables d'engendrer l'œdème : suffisent-elles toujours ? c'est peu probable. On ne peut oublier l'expérience célèbre de Ranvier qui montre que la ligature de la veine fémorale ne produit d'œdème que si on sectionne en même temps le sciatique et pour Ranvier, ce qui détermine l'œdème, ce n'est pas la stase sanguine, mais l'augmentation de la tension dans les capillaires.

Voilà, n'est-il pas vrai ? une démonstration du rôle capital des vaso-moteurs La clinique, avec Potain, signale d'autre part des faits d'hémianasarque localisée au côté d'un rein contus. (*Gazette des hôpitaux*, 1883). « Il est possible qu'un processus de vaso-dilatation toxinique intervienne dans la production brusque des grands œdèmes qui signalent le début aigu des néphrites consécutives au coup de froid, à la scarlatine, jouant ainsi un rôle de renforcement analogue à celui de la section du sciatique dans l'expérience connue. » (Chauffard).

Il est, d'un autre côté, de notion courante que les imperméabilités rénales donnent naissance à une infiltration cutanée qui siège en particulier à la face, dans les régions palpébrales. Cette localisation si contraire aux lois de la pesanteur, survenant à une période où l'économie n'est pas envahie dans son ensemble, ne laisse pas que d'être assez difficile à expliquer, attendu que bien d'autres territoires sont pourvus d'éléments conjonctifs aussi aisés à dissocier. On sait l'importance des actions vaso-motrices dans le genèse de ces lésions et on sait aussi que les poisons urinaires impressionnent fréquemment les centres bulbaires, ainsi que tendent à l'établir les dyspnées toxiques, la respiration suivant le type de Cheyne et Stokes, le myosis, les spasmes, etc. (Charrin).

Rosenstein, dans son *Traité des maladies des reins*, cite un cas où l'œdème brightique était limité au prépuce. Fenger a vu un autre malade où le gonflement, pendant toute la maladie, resta localisé au cordon spermatique, de sorte qu'on crut à une hernie. Rendu (Thèse d'agrégation, 1878) rappelle deux faits de Huchard et Gouguenheim dans chacun desquels les grandes lèvres étaient l'unique partie tuméfiée.

Au point de vue expérimental, on peut redire que Cohnheim et Lichtheim, exposant des chiens rasés à un soleil ardent, de manière à ce que leur peau devienne rouge, ne voient jamais l'œdème sous-cutané faire défaut quand on leur injecte dans les veines la solution chlorurée à 6 pour 1000.

Si le rôle de la vaso-motricité troublée semble patent dans les phénomènes ci-dessus rapportés, combien n'est-il pas plus frappant lorsque l'œdème brightique frappe le poumon, si brutalement d'ordinaire, quand ce n'est pas d'une manière foudroyante ! Pour Bouveret (*Revue de méd.*, 1900, p. 40) l'œdème pulmonaire aigu n'est que l'expression d'un trouble de l'innervation vaso-motrice, amenant la dilatation vaso-paralytique des vaisseaux de la petite circulation. Peut-être, dit Masius (*Congrès de Paris*, 1900, *Section de pathol. int.*, p. 187), pourrait-on invoquer l'action d'un poison portant directement sur le système nerveux et sur l'origine des vaso-dilatateurs pulmonaires. Teissier (*eodem loco*) insiste sur ce que l'œdème aigu du poumon a une prédilection pour les brightiques à rein scléreux, c'est-à-dire pour ceux chez qui se trouvent réunis l'auto-intoxication, l'hypertension artérielle et les altérations nerveuses, tandis qu'il est rare dans la néphrite épithéliale où ces facteurs sont écartés. Teissier montre, par des expériences avec Guinard, que des troubles mécaniques même violents sont le plus souvent incapables d'entraîner à eux seuls l'œdème pulmonaire. Que si on ajoute à cela une excitation nerveuse sur le plexus cardiaque, on peut voir un léger degré d'œdème, mais celui-ci ne devient définitif que si l'animal a reçu préalablement dans les veines de 4 à 7 cent. cubes de salicylate de méthyle, démonstration du rôle de l'intoxication et de son action par l'intermédiaire des nerfs vasculaires. L'élément toxique porte son action sur les nerfs vaso-moteurs et met le système vasculaire en instance d'œdème (Renaut).

L'œdème brightique du larynx peut également survenir, parfois comme manifestation œdémateuse locale et isolée, chez des sujets en apparence bien portants. Dieulafoy signale l'importance prémonitoire d'une angine œdémateuse, avec œdème blanc ou rouge de la luette, des piliers, de l'isthme du gosier.

Comme troubles vaso-moteurs au cours des néphrites, à côté des œdèmes, il convient de signaler l'hypertension artérielle avec ses conséquences dont la principale est l'hypertrophie du ventricule gauche. Bright l'avait constatée et il avait supposé à cette lésion cardiaque une origine humorale, le sang modifié pouvant agir sur le myocarde ou sur les parois des petits vaisseaux périphériques. Johnson, puis Broadbent admettent l'excitation de la tunique musculaire des artérioles. Pour Potain, il se produit un excès de tonicité des artérioles, soit par action excitante directe du sang, soit par réflexe d'origine rénale. Telle est à peu près l'opinion d'Ewald. Pour Dieulafoy, il y a spasme ou contracture des artérioles périphériques.

On peut bien dire, avec GULL et SUTTON, DEBOVE et LETULLE, H. MARTIN, LANCEREAUX, MATHIEU, LECORCHÉ et TALAMON que les petits vaisseaux sont anatomiquement altérés, mais comment expliquer alors l'hypertension et le cœur de TRAUBE dans les néphrites par infection ascendante, dans les néphrites aiguës ?

Ce n'est pas tout. On sait combien fréquentes sont les modifications passagères de la vision dans l'urémie. L'amblyopie, l'hémianopsie, la diplopie s'observent dans bien des cas, et l'examen opthalmoscopique fait constater une forte hyperémie au fond de l'œil avec congestion veineuse intense.

Les crampes des mollets, les bourdonnements d'oreilles les démangeaisons, l'urticaire, les épistaxis, les hémorrhagies diverses ne dénotent-ils pas de sérieux troubles vaso-moteurs? Le vertige de MÉNIÈRE ne peut-il être un symptôme brightique ? et comme il guérit sous l'influence du régime lacté, n'est-ce pas la preuve de sa nature fonctionnelle, probablement vasculaire ? de même, les manifestations cérébrales transitoires, dues à l'œdème localisé ; de même les éruptions à forme de rash hyperémiques ; de même la sensibilité spontanée au froid, ou cryesthésie, symétrique souvent, et localisée aux genoux, aux jambes, aux pieds. Certaines formes de dyspnée urémique sont certainement dues à un spasme vasculaire (POTAIN, DIEULAFOY).

DIEULAFOY, dans un autre ordre d'idées, est d'avis que les lésions rénales, à elles seules, ne peuvent expliquer l'apparition plus ou moins brusque et la disparition plus ou moins complète des accidents urémiques passagers, lorsqu'ils se produisent. Il croit que les brightiques, dont la lésion rénale restreint lentement et progressivement le champ de la dépuration urinaire, ont par moments, des troubles fonctionnels, une sorte de paralysie des reins qui restreint ou qui anéantit pour un temps la sécrétion et la dépuration urinaire et qui est un des facteurs importants des accidents d'urémie. Il serait tout disposé à admettre un *spasme du système vasculaire* des reins, car l'altération des épithéliums et l'oblitération des canalicules par des cylindres ne suffisent pas pour expliquer la pathogénie de l'urémie.

Enfin, qu'est-ce que le doigt mort des brightiques ? Un ou plusieurs doigts sont pris, parfois symétriquement aux deux mains, avec fourmillements, onglée, avec pâleur, refroidissement, et hyperesthésie. Toute la main peut être intéressée. Ces accidents apparaissent par crises et constituent vraiment une ébauche de syncope locale.

IV

La maladie de RAYNAUD est une névrose vaso-motrice et trophique ; c'est du moins la conception la plus conforme aux faits qu'on puisse s'en faire. Elle tient, on l'a vu, à un état d'excitabilité intense des centres : or, cet état d'hyperexcitabilité peut être provoqué de diverses manières, entr'autres d'une manière directe, par des infections et des intoxications.

L'insuffisance rénale suppose, cela va de soi, la rétention dans les milieux intérieurs de poisons autogènes que M. BOUCHARD nous a révélés. Cet auteur après avoir contrôlé les conclusions de FELTZ et RITTER et constaté en particulier le rôle toxique indéniable des sels de potasse, montre que l'urémie est un empoisonnement complexe dont on trouve les éléments principaux non seulement dans la désassimilation des cellules, mais aussi dans l'alimentation, les putréfactions intestinales et la sécrétion biliaire. L'alimentation introduit à la fois dans l'économie les sels de potasse et des substances organiques dont les résidus deviennent dans l'intestin la proie des ferments putrides.

La désassimilation des éléments anatomiques met en circulation, outre les déchets organiques, une notable proportion de sels de potasse. La bile doit sa toxicité énergique à sa matière colorante et aux sels biliaires. Les putréfactions intestinales donnent naissance à des alcaloïdes et à une série de corps toxiques.

BOUCHARD a séparé de l'urine sept substances toxiques, y compris l'urée.

Des six qui restent, une seule est de nature inorganique, c'est la potasse ; parmi les cinq dernières, l'une serait narcotique, la seconde sialogène, une troisième convulsivante, la quatrième rétrécit la papille et la cinquième est hypothermisante.

« Qu'on se reporte à l'étude des poisons urinaires, on en trouvera un certain nombre qui expliquent les principaux phénomènes de l'urémie ; il y a des toxines myotiques, dyspnéiques, convulsivantes, *vaso-motrices* hypo et hyperthermisantes » (ROGER).

Il y a lieu de croire que l'action vaso-motrice de ces poisons s'exerce sur les centres, sans qu'on puisse déterminer lesquels exactement. En effet, les nerfs vaso-moteurs ont leur origine dans des régions diverses du système nerveux central. Le principal centre vaso-moteur se trouve dans le bulbe ; ainsi l'excitation de la région du calamus scriptorius détermine l'élévation de la pression sanguine par suite du rétrécissement de toutes les artères, dû à l'excitation du centre vaso-constricteur ; au contraire, la section sous-bulbaire de la moelle, supprimant la fonction de ce centre, amène la dilatation de toutes les artères et une baisse profonde de la pression sanguine. D'autre part, des sections ou des hémisections successives de la moelle déterminent la dilatation paralytique des vaisseaux, par suppression de centres vaso-constricteurs et des excitations de la moelle amènent une élévation de la pression dans les vaisseaux de la région correspondante au segment de la moelle excité. Des excitations sensitives peuvent faire entrer en action les centres vaso-moteurs médullaires ; l'excitation du bout central du sciatique amène le resserrement des vaisseaux de la patte du côté opposé. Mais le centre bulbaire a plus d'importance que les centres de la moelle : KONOW et STENBECK ont particulièrement montré que ces centres sont plus difficiles à exciter par l'asphyxie.

Les fibres vaso-motrices, celles qui sortent du bulbe directement, comme celles qui viennent de la moelle, après avoir traversé les racines antérieures, gagnent les cordons sympathiques. Toutes, avant de se répandre dans les nerfs périphériques, passent par des ganglions ; de plus, une fois même qu'elles sont

engagées dans ces nerfs, elles n'abordent pas immédiatement les vaisseaux auxquels elles se distribuent, mais elles trouvent sur leur trajet terminal de nouvelles cellules ganglionnaires. Or, au point de vue embryologique, les ganglions ne sont que des portions du système nerveux central.

Ces ganglions exercent sur les vaisseaux de la région où ils se trouvent une influence tonique manifeste ; cette fonction doit-elle être également attribuée aux cellules nerveuses disséminées dans la paroi des vaisseaux ? La réalité de cette influence tonique est bien établie ; en effet, l'activité des nerfs, qui disparaît quand on les a sectionnés, n'est pas pour cela définitivement supprimée, mais au bout de quelque temps, le tonus vasculaire se rétablit, les cellules ganglionnaires périphériques suffisant peu à peu à l'entretenir. Les expériences de HUIZINGA montrent la réalité de l'action de ces centres périphériques, puisqu'elle peut être diminuée par le nitrite d'amyle (*Archiv f. die ges. Physiol.*, 1875) et des expériences de GLEY prouvent qu'elle est susceptible d'être renforcée (*Soc. de biolog.*, 1889, et *Arch. de physiol.*, 1894). D'ailleurs, l'activité de ces amas ganglionnaires peut être mise en jeu d'une façon réflexe (H. WEBER, VULPIAN.)

Sur tous ces centres, quels qu'ils soient, des poisons retenus dans la circulation par une insuffisante dépuration rénale, sont capables d'agir pour les exciter.

L'urée excite les centres vaso-constricteurs (USTIMOWITSCH 1870 ; GRUTZNER 1875 ; CAVAZZANI et REBUSTELLO 1891-1892 ; STEFANI 1894) et SENATOR (*Archiv f. pathol. Anat.*, 1878), en se fondant sur les expériences précédentes, admet que l'élévation de pression, due à l'action de l'urée et à l'augmentation du travail du cœur qui en résulte, détermine l'hypertrophie du myocarde. — BIEDL et KRAUS (*Centralb. f. inn. Med.*, 26 nov. 1898) ont vu l'injection intra-veineuse de sels biliaires donner lieu à l'hypertension artérielle. Sous l'influence de la neurine, la pression artérielle s'élève par vaso-constriction (GŒTHGENS, *Dorpat med. Zeitschr.*, I, IV). CERVELLO a confirmé le fait, ainsi que ASHER et WOOD (*Zeitsch. f. Biol.*, 1888).

Sous l'influence de la fatigue, il se produit dans les muscles des substances qui élèvent la pression sanguine (MOSSO, *Cong. de Berlin*, 1890). Les sels ammoniacaux agissent dans le même sens. Les déchets du travail musculaire stimulent les centres vasomoteurs (ZUNTZ et GEPPERT : *Arch. f. Physiol.*, 1888).— Que le rein ne suffise pas à sa tache d'élimination, toutes sortes de produits glandulaires se trouveront en excès dans le sang. Or, OLIVER et SCHAFER admettent que l'extrait de glande surrénale a une action vaso-constrictive (*Journ. of. Physiol.*, 1895). BIEDL, GOTTLIEB, VELICH, GURBER, CYBULSKI, SCZMONOWICZ (*Arch. f. Physiol.*, 1896) confirment leurs expériences. Les extraits aqueux ou glycérinés du rein excitent fortement les nerfs vaso-constricteurs. TIGERSTEDT l'a mis hors de conteste (*Skand. Archiv f. Physiol.*, p. 233, 1898) ; au *Congrès de Moscou*, en 1897, cet auteur dit qu'il a extrait du rein une substance que l'on retrouve dans le sang de la veine rénale et à laquelle il a donné le nom de rénine. Cette substance exerce s les centres nerveux des vaisseaux périphériques peut être aussi sur les centres nerveux des vaissea bulbaires et médullaires, une action vaso-constricti extrêmement énergique. Cette action qui augmente résistance apportée par les vaisseaux au cours du sa pourrait bien s'exercer indirectement aussi sur cœur, et l'on est en droit de se demander si l'hyp trophie cardiaque des néphrites n'est pas due à u surproduction de rénine.

Les extraits d'hypophyse agissent de même (OLIV et SCHAFER, HOWELL, de CYON, LIVON, SWALE, VINCEN LIVON (*Soc. de biol.*, 22 janv. 1898) obtient l'hyperte sion avec les extraits de rate et de parotide.

L'extrait de thymus, au contraire, entraîne la va dilatation ; mais KARL SVEHLA (*Wiener med. Blatt*, 18 croit que c'est par paralysie des vaso-constricteur

Des expériences de CYBULSKI, LANGLOIS (189 DREYER, TIGERSTEDT, sur lesquelles nous ne pouv nous étendre, ont établi que ces substances d'orig glandulaire passent véritablement dans le cour sanguin. Ainsi TIGERSTEDT, avec le sang défibriné la veine rénale du lapin, observe une élévation pression, sur des animaux de même espèce, égal celle qu'il obtient par l'injection d'extrait de rein.

On conçoit que, si tout ou partie de tous les co précités s'accumule dans le milieu intérieur, des tr bles infiniment importants peuvent en être la con quence directe. « La substance surrénale, par exem s'accumulant dans le sang pour une raison ou p une autre, maintiendra le tonus des vaisseaux dessus de la normale. » (GLEY). (1)

Que faut-il de plus pour satisfaire l'esprit et n fournir un solide appui pour expliquer, au cours néphrites, l'apparition des troubles vasculaires ir qués au précédent chapitre et à leur suite, l'asph des extrémités ? Ce n'est pas une pure coïncidence l'apparition simultanée ou successive chez un m sujet de la néphrite et de la maladie de RAYNAUD. R pelons-nous le mot de DEBOVE, au sujet de l'ob vation qu'il a étudiée : « Nous ne croyons pas q s'agisse d'une coïncidence, car nous sommes c vaincu que chez les malades, rien n'arrive fortu ment ». ROQUES fait la même réflexion.

MARC GIBERT aboutit, dans sa thèse, à une autre explication. Pour lui ce n'est pas le poison éliminé par un rein insuffisant qui fait la maladi RAYNAUD, mais néphrite et asphyxie des extrémités toutes deux créées, chez un même individu, par même toxine vaso-constrictive. Celle-ci peut pc son action nocive soit sur les capillaires périphériq soit sur les capillaires rénaux, soit le plus souvent les deux à la fois. Il est d'ailleurs impossible de dé cette toxine.

« Nous croyons voir, dit GIBERT, dans la mal de RAYNAUD, une gradation très analogue à celle l'on observe dans les différents types de néph Depuis la simple asphyxie locale passagère jusqu gangrène rapide et foudroyante, tous les types e tent : il n'y a pas jusqu'à la sclérodermie qui ne

(1) Le travail de GLEY dans la *Pathologie générale* de Bou (tome III) nous a servi beaucoup pour cette question.

considérée aujourd'hui comme un mode d'évoluer de l'affection et on ne peut s'empêcher d'être frappé des lésions si voisines de la néphrite à évolution lente et de la sclérodermie. Elles présentent l'une pour les capillaires rénaux, l'autre pour les capillaires périphériques, des lésions d'endartérite et de périartérite, de sclérose interstitielle analogues. La structure de ces capillaires n'est pas si différente qu'un même poison ne puisse agir en même temps sur la glande rénale et les extrémités. La toxine agit à la fois sur les capillaires et leurs parois, sur les ganglions qui sont situés sur le trajet des artères et provoque ainsi le spasme. Les autres éléments périartériels sont lésés, les uns après les autres et ainsi peuvent s'expliquer les accidents d'asphyxie et de gangrène ».

Gibert se base, pour soutenir son opinion, sur ce que le froid, l'aplasie artérielle, les infections et les intoxications sont des causes que l'on retrouve à l'origine des deux affections : sur ce que l'altération irritative des petits vaisseaux et des systèmes glomérulo-tubulaires du rein est assez semblable à celle des capillaires décrite dans la maladie de Raynaud ; enfin, sur ce que le spasme qui est le premier signe de cette maladie se retrouve presque constamment dans la néphrite. Les reins résisteraient plus facilement que les tissus périphériques à la nécrobiose totale, à cause de la richesse plus grande de l'apport sanguin qui s'y fait par plusieurs voies.

On ne peut méconnaître que, dans l'étiologie, il y a bien des causes identiques. Peut-on en conclure quoi que ce soit ? Assurément non. — Les lésions sont les mêmes, ajoute-t-on. Est-ce qu'à lésion similaire correspond toujours étiologie similaire ? Enfin, argument qui nous paraît frappant, dans les quelques observations où l'on peut connaître le début respectif des deux affections, c'est la néphrite qui est la première en date. Ainsi, dans le cas de Debove, les premiers signes de mal de Bright sont notés en septembre 1878, ceux de la maladie de Raynaud en mai 1879. — Dans le cas de Kroner, le malade est brightique depuis neuf années quand survient l'asphyxie des extrémités. Dans le cas même de Gibert, l'albuminurie est notée neuf semaines avant les douleurs dans les doigts et les orteils. Le malade de Roques ne demeure à l'hôpital que trois semaines et on ignore ce qui a commencé, la néphrite ou l'asphyxie des extrémités. Enfin, dans notre cas, l'albuminurie est constatée le 25 mai 1898 et l'asphyxie n'apparaît qu'en février 1901. — Dans les autres observations, les deux symptômes sont notés en même temps par les auteurs, mais cela tient à ce qu'ils voient les malades seulement à l'époque où ils coexistent.

Au moins pour les faits où la néphrite débute longtemps avant la vaso-constriction périphérique, il nous paraît malaisé d'admettre une cause unique pour les deux manifestations morbides et nous préférons de beaucoup faire de l'asphyxie de Raynaud un symptôme d'insuffisance rénale, d'autant que les lignes qui précèdent ont sans doute fourni assez de documents à l'appui de cette manière de voir.

Nous pensons que les troubles vaso-moteurs décrits plus haut dérivent, en majeure partie, de l'action de poisons à élection vasculaire, soit centrale, soit périphérique ; en un mot, en ce qui concerne la pathogénie, nous n'apercevons pas de différence capitale entre les suffusions œdémateuses, l'hypertension artérielle, les altérations transitoires de la vision, les crampes, les bourdonnements d'oreilles, les démangeaisons, l'urticaire, les vertiges, la cryesthésie, le doigt mort et l'asphyxie des extrémités. L'expérimentation trouverait sur ce point belle carrière, si cependant elle disposait des matériaux nécessaires pour s'exercer ; mais la multiplicité des corps toxiques, qu'on commence à peine à séparer les uns des autres est un obstacle capital à une démonstration de cette espèce. Tant y a qu'il faut se contenter de l'observation des malades et n'en tirer que ce qu'elle peut fournir sur ce point : mais nous croyons que la méthode clinique est ici suffisante pour justifier les conclusions que voici.

CONCLUSIONS

I. L'asphyxie des extrémités, névrose vaso-motrice et parfois trophique, dépendant d'une hyperexcitabilité du système vaso-moteur, est, plus fréquemment qu'on ne le pense, associée à l'insuffisance rénale.

II. L'insuffisance rénale amène la rétention, dans les milieux intérieurs, de poisons multiples, dont plusieurs possèdent nettement une action vaso-constrictrice.

III. Il y a lieu de croire, quand la néphrite et la maladie de Raynaud coexistent, que cette dernière tient à l'excitation du système vaso-moteur par les poisons précités.

IV. Gibert pense que, dans ces cas d'association, une même toxine crée à la fois la néphrite et l'asphyxie des extrémités. Les faits ne plaident pas en faveur de cette manière de voir, car d'ordinaire la néphrite est la première en date. Nous pensons, au contraire que, loin d'être les effets d'une cause commune, c'est l'insuffisance rénale qui entraîne la maladie de Raynaud.

V. En présence d'un cas d'asphyxie des extrémités, dont on ne voit pas clairement l'étiologie, il faut s'enquérir de l'état des fonctions rénales par la recherche de la perméabilité.

VI. Si l'asphyxie relève du brightisme, son pronostic et son traitement se confondent avec ceux de la lésion rénale.

OUVRAGES REÇUS

— **La peste bubonique dans la République argentine et le Paraguay, épidémies de 1899 et 1900**, rapport présenté au département national d'hygiène par MM. les docteurs Luis Agote et J. Madina, inspecteurs délégués du gouvernement argentin. Buenos Ayres, *Lajouane*, 1901.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 273. Sixième Année N° 14 Le Numéro : **10** centimes. 6 Avril 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La pratique de la désinfection à la campagne

par le Dr **Calmette**, directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

Il arrive souvent que ceux de nos confrères qui exercent à la campagne ou dans les petites localités éloignées des grandes villes éprouvent beaucoup de difficultés pour faire désinfecter convenablement les locaux, la literie, les vêtements ou le linge contaminés par un malade.

Tantôt les difficultés viennent du malade lui-même ou de sa famille qui, ne se rendant pas compte des dangers qu'ils font courir à leurs enfants, à leurs parents et aux personnes étrangères ou amies qui fréquentent leur maison, se refusent de parti pris à subir la moindre gêne et à faire la plus petite dépense pour éviter la diffusion de maladies qu'ils considèrent le plus souvent comme une inéluctable fatalité, ou comme une manifestation de la colère divine, contre laquelle les prières, les pélerinages, les processions, l'encens et les cierges peuvent seuls avoir quelque efficacité !

Tantôt ce sont les moyens pratiques de désinfection qui font défaut : il n'existe, dans le voisinage, ni étuves à vapeur, ni appareils pulvérisateurs de sublimé, ni autoclaves formogènes. On pourrait bien, il est vrai, faire bouillir le linge, laver les planchers et les meubles avec des antiseptiques. Mais on ne se procure pas toujours facilement ces antiseptiques à la campagne. La plupart d'entre eux coûtent cher ou ne peuvent être employés qu'avec des précautions spéciales, et le personnel capable de s'en servir utilement fait défaut.

Alors on est obligé de s'abstenir, et on assiste, impuissant, à la formation de foyers épidémiques de maisons ou de villages ; — foyers qui ne peuvent s'éteindre que lorsque tous les individus réceptifs ont été atteints.

Dans ces dernières années cependant, depuis que nos connaissances en ce qui concerne les microbes infectieux d'une part, les antiseptiques et leur mode d'action d'autre part, sont devenues plus précises, on s'est attaché à déterminer aussi exactement que possible les causes de la dissémination des germes et les moyens pratiques de les détruire. On a constaté alors que toutes les maladies infectieuses ne sont pas égales devant la désinfection et que des mesures simples, peu coûteuses, faciles à appliquer partout sans éducation technique particulière, pouvaient très efficace-

ment empêcher la propagation de la plupart d'entre elles.

Envisageons donc le problème de la désinfection à la campagne et voyons comment, avec les données actuelles de la science bactériologique, on peut le résoudre.

***

Nous devons tout d'abord poser en principe que, pour être efficace, la désinfection doit être aussi complète que possible, c'est-à-dire porter sur tous les locaux, les meubles, la literie, le linge, les vêtements, les ustensiles, les livres et les objets divers qui ont été en contact avec le malade ou avec les personnes directement ou indirectement, exposées à la contagion.

Par conséquent, il faudra déterminer, *pour chaque objet suspect*, le mode de désinfection et la nature des désinfectants à employer. Ceux-ci ne seront pas forcément les mêmes dans tous les cas qui se présenteront : tantôt on aura affaire à des maladies produites par des microbes très résistants ou encore inconnus, comme les fièvres éruptives, le typhus exanthématique, la tuberculose et le cancer. Il sera alors prudent de s'adresser aux agents antiseptiques les plus énergiques et dont le pouvoir de pénétration est le plus sûr.

Tantôt il s'agira de détruire des microbes fragiles comme ceux de la diphtérie, de la pneumonie, de l'érysipèle et de la fièvre puerpérale, de la fièvre typhoïde, de la coqueluche ou de la grippe ; et on pourra se contenter de désinfectants moins puissants.

Ce choix du mode de désinfection et de la nature des désinfectants sera, dans beaucoup de circonstances, subordonné à la préoccupation de n'occasionner aux intéressés aucune gêne vexatoire. Dans les logements pauvres surtout, où il est d'ordinaire impossible de donner aux habitants un abri provisoire, il sera essentiel de terminer en quelques heures la désinfection.

D'autre part, il est tout à fait suranné et ridicule d'appliquer un système unique de désinfection indistinctement à toutes les maladies contagieuses. On était excusable d'agir ainsi lorsqu'on ignorait la biologie des microbes pathogènes. Mais la plupart de ceux-ci nous sont maintenant assez connus pour que nous puissions choisir le mode de destruction qui s'adresse particulièrement à chacun d'eux.

Il est bien évident, par exemple, que la maison d'un tuberculeux et celle d'un typhique devront être désinfectées très différemment l'une de l'autre. Le tuberculeux a pu répandre des bacilles de KOCH sur son plancher, sur ses murs, dans son linge ; mais il n'a vraisemblablement pas infecté son matelas ni son sommier, ni ses tableaux, ni sa fosse d'aisance. En revanche, il a sûrement contaminé ses instruments de musique à vent, s'il en possède, et ses livres dont il a pu tourner les feuillets en mouillant ses doigts de salive. Une désinfection limitée aux objets souillés, et plusieurs fois renouvelée pendant le cours de la maladie, sera donc ici beaucoup plus efficace que la désinfection complète, laquelle serait d'ailleurs rarement acceptée tant que les lois ne l'imposeront pas aux familles de tuberculeux.

Le typhique, au contraire, a surtout répandu des germes infectieux dans sa literie et dans sa fosse d'aisance. C'est par celle-ci qu'il menace son entourage. C'est donc elle qu'il faudra surtout rendre inoffensive. Il en sera de même pour le choléra et pour la dysenterie épidémiques.

La désinfection *totale* doit être principalement réservée aux maladies éruptives dont les microbes nous sont encore inconnus et qui semblent être véhiculés par les poussières de l'air.

1° DÉSINFECTION DES LOCAUX. — Il faut complètement renoncer à l'antique *fumigation sulfureuse* dont l'inefficacité est démontrée depuis longtemps à l'égard même de microbes faciles à détruire comme ceux de la fièvre typhoïde et de la diphtérie. Elle ne désinfecte pas et elle détériore les tissus, décolore les étoffes, attaque les objets métalliques. Pour augmenter son pouvoir désinfectant, on avait recommandé d'humidifier les objets qui devaient être soumis à l'action de l'acide sulfureux, ou de brûler du soufre en présence de vapeur d'eau : mais alors une partie de l'acide sulfureux se transforme en acide sulfurique qui détruit, il est vrai, les microbes, mais qui corrode tout !

Le moyen le plus simple, le plus efficace et le plus pratique en même temps consiste à user largement des badigeonnages à la chaux.

On commence toujours par badigeonner les murs soit avec un pinceau large et plat, soit à la brosse, *sans grattage préalable*.

Le lait de chaux se prépare en délayant 1 kilogr. de chaux vive dans 5 litres d'eau ; on ajoute l'eau par petites portions, surtout au début, pour déliter lentement la chaux. C'est un désinfectant économique et

très sûr : il stérilise aussi parfaitement qu'une solution de sublimé à 5 pour 1.000.

On lavera les planchers, parquets et boiseries avec une solution de *chlorure de chaux à 20 p. 1.000* employée tiède.

Pour les planchers on se sert de balais-brosses en chiendent et on prend soin de faire pénétrer l'antiseptique dans toutes les fentes du bois, dans tous les interstices d'angles. On lave ensuite les portes et les boiseries avec des linges imbibés de la même solution. Celle-ci se prépare en délayant avec un bâton de bois, au moment de s'en servir, *1 kilogr. de chlorure de chaux du commerce* dans un baquet contenant *50 litres d'eau tiède*. Elle dégage une odeur de chlore assez intense, mais elle peut être manipulée sans aucun danger et ne corrode pas les mains.

Si l'on ne peut pas se procurer de chlorure de chaux, bien que cette substance soit très peu coûteuse (environ 0 fr. 40 le kilogr.) et qu'on la trouve dans presque toutes les épiceries et drogueries, on la remplace par l'*eau de Javel* des blanchisseurs. On dilue alors 1 litre d'eau de Javel dans 30 litres d'eau tiède et on emploie cette solution aux mêmes usages.

Lorsque les murs sont peints à l'huile, ce qui est tout à fait exceptionnel à la campagne, on les lave à l'eau savonneuse d'abord, puis avec la solution de chlorure de chaux à 20 p. 1.000.

S'ils sont recouverts de papiers, le mieux est de sacrifier ceux-ci : on les enlève après les avoir lavés avec la solution de chlorure de chaux, au moins jusqu'à hauteur d'homme, et on fait recoller du papier neuf après quelques jours de large aération des appartements.

2° Désinfection des meubles. — Tous les meubles de bois et les sièges de paille peuvent être lavés avec un linge imprégné de la solution de chlorure de chaux, mais on prend soin de les essuyer immédiatement après avec un chiffon sec. Il en sera de même des bois de lit.

Les objets en porcelaine et les vases qui ont servi au malade seront immergés pendant deux ou trois heures dans un baquet contenant la même solution.

Les livres, les cahiers d'écoliers et les jouets sans valeur qui ne peuvent être lavés, sont, autant que possible, sacrifiés et brûlés. Si l'on est obligé de les conserver, on recommande de les exposer à l'air libre *en plein soleil*, pendant trois ou quatre jours de suite.

Les objets en cuir (souliers, bottes) et en caoutchouc sont lavés avec la solution de chlorure de chaux à 2 pour 100. Les objets en métal, que le chlore attaquerait, sont frottés avec des linges imprégnés de *vinaigre* ou d'*alcool* ; on brûle ces linges aussitôt après.

3° Literie ; linge de corps. — On expose au soleil pendant plusieurs jours de suite les sommiers et on brosse soigneusement.

Le contenu des paillasses et des matelas est brûlé dehors. Les toiles d'enveloppes doivent aller à la lessive avec le linge de corps. Tout le linge qui a servi au malade ou qui a séjourné dans sa chambre, *n'eût-il pas été sali*, doit être soumis à la désinfection, et celle-ci est faite le plus efficacement par une bonne lessive bouillante au carbonate de potasse ou à la cendre de bois.

Pendant la maladie, il sera toujours nécessaire d'exiger qu'au fur et à mesure qu'ils auront été salis par le malade, les linges soient immergés aussitôt dans un baquet plein d'eau à laquelle on aura ajouté quelques kilogrammes de *cendres de bois* ou de *« cristaux » de carbonate de soude*. Ils ne devront sortir du baquet que pour être soumis à la lessive.

Les étoffes de laine ou de soie, qui ne supportent pas la lessive chaude, peuvent subir sans inconvénient le trempage à froid au baquet ; on les rince ensuite à l'eau savonneuse et on les fait sécher au soleil.

On doit rejeter complètement, pour la désinfection du linge à froid, l'usage du *sublimé*. Outre sa grande toxicité qui empêche de le mettre entre des mains inexpérimentées, cet antiseptique présente l'inconvénient grave de coaguler les substances albuminoïdes et de fixer les taches de sang ou de pus qui deviennent alors indélébiles.

Le crésyl abandonne sur le linge, surtout sur les lainages, des dépôts de goudron très adhérents et difficiles à enlever. Il faut donc éviter de s'en servir.

L'acide phénique coûte trop cher ; mais il est parfaitement efficace à la dose de 4 à 5 pour cent. Il stérilise en 35 minutes les flanelles imprégnées de cultures de microbes.

Le lysol est beaucoup plus avantageux et presque aussi actif. C'est un composé de crésyl, d'oléïne et de potasse, parfaitement soluble dans l'eau et à peu près dépourvu de toxicité. On l'emploie à la dose de 2 à 3 pour 100. Il coûte par grandes quantités 2 francs le

kilogramme, soit environ 0 fr. 10 le litre de solution.

Enfin le vulgaire *savon de Marseille* peut suffire dans un très grand nombre de cas à la dose de 40 à 50 gr. par litre. Malheureusement, il coûte beaucoup plus cher (40 à 50 fr. les 100 kilogr.) que les antiseptiques déjà cités.

Les moyens pratiques de désinfection du linge ne nous manquent donc pas : il suffira de choisir ceux qui paraîtront le mieux appropriés aux circonstances.

4° FOSSES D'AISANCE ; MATIÈRES FÉCALES ; CRACHATS ET PRODUITS PATHOLOGIQUES DIVERS. — La désinfection des fosses d'aisance, la stérilisation des matières fécales et celle des ustensiles qui ont servi à leur dépôt préoccupera surtout le médecin lorsqu'il s'agira de malades atteints de fièvre typhoïde, de choléra ou de dysenterie épidémique.

La désinfection des fosses d'aisance se fait le plus commodément par l'addition d'une quantité suffisante de chlorure de chaux. On se renseigne sur la capacité volumétrique de la fosse et on y fait jeter une proportion de chlorure de chaux correspondant à environ *200 grammes par mètre cube*, délayés dans une petite quantité d'eau.

Les matières fécales doivent toujours être additionnées, aussitôt après leur évacuation, d'un volume à peu près égal de lait de chaux ou d'une solution à 5 p. 100 de lysol.

Le lysol est aussi le meilleur antiseptique que l'on puisse choisir pour la stérilisation des crachats et des produits pathologiques divers (sang, pus, urine, etc.) ; ainsi que je l'ai indiqué, il ne coagule pas les matières albuminoïdes, ne tache pas le linge, son odeur aromatique n'incommode pas et son prix est très peu élevé.

Si l'on ne pouvait pas s'en procurer, on le remplacerait par une solution à 5 p. 100 d'acide phénique.

***

On voit, par ce court exposé, que même dans les cas où l'éloignement de tout centre urbain empêche de recourir à un service spécial scientifiquement organisé, il est toujours possible de réaliser la désinfection efficace d'un immeuble et d'objets contaminés. Il n'est pas nécessaire d'avoir à sa disposition des appareils coûteux, dont le maniement et l'entretien ne peuvent être assurés que par un personnel éduqué à cet effet.

Sans doute il vaudra mieux dans tous les cas où la chose sera possible, avoir recours à une station de désinfection et à des désinfecteurs professionnels. Mais les moyens simples dont nous avons parlé sont le plus souvent suffisants pour empêcher la formation ou la diffusion de foyers épidémiques dans les campagnes.

Le médecin connu et aimé de ses malades n'aura pas de peine à convaincre les plus indifférents de l'utilité de ces mesures de protection, en leur représentant combien elles coûtent peu, en regard des pertes matérielles occasionnées dans chaque famille par la maladie et par la mort.

Un cas d'hémiclonie

Nature du paramyoclonus multiplex de Friedreich (1)

par MM. **Combemale** et **Ingelrans**

Etudiant la localisation des secousses dans le paramyoclonus multiplex de FRIEDREICH, LEMAIRE (*Thèse de Lille*, 8 juin 1889, p. 84) dit que « la malade de BECHTEREW était sujette à des contractions toniques ne se manifestant que d'un seul côté ; le deuxième cas de SILVESTRINI offre même cette particularité unique, que les spasmes étaient localisés d'un seul côté. » En 1890, CHAUFFARD (*Semaine médicale*, p. 90) publie un cas d'hémiparamyoclonus localisé au membre inférieur droit. La règle est que les secousses existent dans les deux côtés du corps. Nous avons tenu, en commençant, à signaler les exceptions précédentes, pour justifier notre titre d'hémiclonie, car chez le malade que nous allons étudier, les spasmes sont unilatéraux et nous pensons que cela le rend d'abord intéressant. En outre, au cours de son affection qui date d'environ dix-neuf années (et c'est une des plus longues durées signalées), est survenue une dothiénentérie qui l'a enrayée pendant plusieurs semaines. Ce second point est donc également curieux, capable même de jeter quelque lumière sur la nature des myoclonies. Voici l'histoire de ce sujet que nous avons d'ailleurs présenté le 27 décembre 1901, à la *Société centrale de médecine du Nord*, avec M. BRASSART.

OBSERVATION. — *Myoclonie unilatérale droite chez un homme de 26 ans. Début à 6 ou 7 ans par des mouvements choréiques, bientôt transformés en hémiclonie. A 26 ans, fièvre typhoïde qui supprime les mouvements convulsifs pendant quatre semaines. Reprise lors de la convalescence.*

Jules D..., 26 ans, célibataire, employé de com-

(1) Communication au Congrès de Médecine de Toulouse d'avril 1902.

merce, entre à l'hôpital de la Charité, au pavillon d'isolement des typhoïdiques, le 21 novembre 1901.

Antécédents héréditaires. — Père mort de diabète à l'âge de 58 ans. Il était nerveux, facilement irritable, de caractère très changeant.

Mère morte à 49 ans, de cancer utérin. Elle aussi était de tempérament nerveux.

Antécédents personnels. — Naissance à terme ; allaitement artificiel. Aucune maladie grave dans l'enfance. Vers 4 ou 5 ans, il ne pouvait demeurer un instant en place. Ses parents le grondaient souvent pour son agitation.

Vers 6 ou 7 ans, il a commencé à avoir des mouvements choréiques. Il se souvient que ces secousses étaient généralisées et atteignaient la face même. Il faisait de continuelles grimaces et l'agitation était telle qu'il ne pouvait manger seul. Tout cela serait arrivé à la suite d'une peur et aurait disparu à peu près complètement par l'usage de bains répétés et l'emploi du bromure.

Environ dix-huit mois plus tard, nouveaux troubles nerveux, aussi accentués et de même caractère que la première fois. Ils cessèrent au bout d'un temps assez court, mais notre malade resta sujet à de nouvelles rechutes, survenant d'un moment à l'autre, à la suite d'une émotion, d'une colère, d'une contrariété quelconque.

A l'âge de dix-neuf ans, Jules D... s'engage, est accepté au corps, malgré l'hémiclonie qui existait telle qu'actuellement, et avec les caractères que nous allons indiquer. Les secousses n'auraient, en effet, disparu qu'à de rares intervalles et pour un temps très court depuis l'âge de neuf ans jusqu'à présent, et ont toujours, depuis lors, existé à droite.

Pendant son service militaire, il eût beaucoup à souffrir de ces mouvements involontaires et il finit par être réformé pour chorée. Vers l'âge de 22 ans, il eût une rémission assez importante et depuis lors, il a été soigné par divers médecins C'est là son histoire telle qu'il nous la raconte aussitôt sa fièvre typhoïde terminée.

En effet, il était entré à l'hôpital le 21 novembre 1901, au cinquième jour environ d'une dothiénentérie. Il ne présentait aucun mouvement involontaire à ce moment. Vers le 17 ou 18 décembre, lors de la convalescence, on s'aperçoit de l'existence des secousses musculaires à droite, côté précédemment atteint. On porte le diagnostic de paramyoclonus multiplex et il nous donne les renseignements précédents.

Etat au 18 décembre 1901. — Le malade est un peu déprimé, à la suite de la typhoïde qu'il vient d'avoir. Développement général assez bon, un peu au dessous de la moyenne néanmoins ; musculature faible. Il n'existe aucune malformation, ni indice de dégénérescence. Le caractère est irrégulier et changeant. Intelligence développée. Pas d'inégalité pupillaire.

Le malade couché, on constate que ses couvertures sont perpétuellement agitées à droite d'un mouvement léger. Effectivement les membres de ce côté offrent des mouvements sans nul arrêt, pour ainsi dire. Ce sont des secousses sur place, à peu près invariables comme durée et comme intensité. Pour les caractériser d'un mot, elles sont identiques à celles que produit l'application d'un courant interrompu ; brèves, répétées, amenant des soubresauts sans nul déplacement des segments de membres, elles se montrent surtout au niveau du biceps brachial, du quadriceps fémoral, du deltoïde, des jumeaux, du jambier antérieur, de la région antérieure de l'avant-bras. A chaque secousse, le muscle fait relief sous la peau. Les mêmes phénomènes apparaissent parfois au niveau du grand droit de l'abdomen et des pectoraux.

Ce sont des contractions cloniques ; il n'en est point de toniques, mais nous en voyons par ci par là, de fibrillaires, analogues à celles des amyotrophies myélopathiques.

Les secousses sont un peu inégales et irrégulières, au nombre d'environ 80 par minute. Aucun trouble choréique. Le sujet peut fort bien se servir de son bras droit sans maladresse évidente. La préhension des objets l'oblige à un certain effort, mais les spasmes ne s'exagèrent que peu et l'écriture même est possible, bien que tremblée et rappelant beaucoup celle des paralytiques généraux au début.

Le sommeil est agité : pendant ce temps toutefois, les mouvements disparaissent complètement. La volonté énergiquement appliquée les arrête aussi un court instant. L'émotion les exagère, le repos les calme. Lorsqu'on demande au malade d'essayer de suspendre l'agitation du bras et qu'il s'efforce de le faire, on ne constate pas que celle de la jambe augmente ; c'est plutôt le contraire qui a lieu.

L'état ici décrit est celui que l'on constate au lit ; et depuis des années, il existe tel quel, sauf lors du sommeil. La marche est un peu troublée. Cela tient surtout à la trépidation épileptoïde que l'on trouve à droite au membre inférieur et qui se produit fréquemment à l'occasion de l'appui du pied sur le sol au départ. Une fois en route pourtant, la marche est quasi-normale chez cet homme, sauf, à quelques moments, une certaine raideur apparente.

La percussion du tendon rotulien ne provoque pas les secousses, mais le réflexe patellaire est manifestement exagéré et nous répétons qu'on trouve du clonus du pied et de la trépidation épileptoïde de la rotule.

Le froid excite vivement la myoclonie chez ce sujet ; de même le pincement de la peau et les diverses excitations cutanées. La sensibilité cutanée sous ses divers modes est partout conservée. Nulle part de zone hystérogène ou hypéresthésique.

A gauche, tout est normal. La parole et la déglutition n'offrent rien de spécial. Réflexe pharyngé diminué. Réflexes crémastérien et abdominal abolis.

Le réflexe cornéen est un peu diminué. Le champ visuel pour les diverses couleurs n'est nullement rétréci.

Aucune dyschromatopsie ; pas de diplopie. Autres sens tout à fait intacts. Force dynamométrique de la main droite (pression) 22 ; à gauche 28. Tout trouble vaso-moteur fait défaut ; pas de raie vaso-motrice, ni de bouffées de chaleur. Ni albuminurie, ni glycosurie. Les systèmes respiratoire, digestif, circulatoire, n'offrent rien à signaler.

Les réactions électriques soigneusement étudiées, sont parfaitement normales. Pas d'amyotrophie.

Chez ce malade nous avons essayé d'abord la suggestion médicamenteuse qui n'a rien donné du tout. Alors nous avons administré l'ésérine par voie buccale et hypodermique, croyant en obtenir de bons effets. L'état du sujet est resté tout à fait le même et il est sorti le 15 janvier 1902, sans aucune amélioration.

Le diagnostic du paramyoclonus de FRIEDREICH a été tant de fois exposé que nous jugeons tout à fait inutile d'y revenir. Le présent cas est typique au point de vue clinique. Comme on peut le voir, il est curieux par sa longue durée, par son unilatéralité, par l'existence de la trépidation épileptoïde notée aussi dans le cas de CHAUFFARD. De plus, en vertu de l'adage : *febris accedens spasmos solvit*, la dothiénentérie intercurrente a suspendu toute myoclonie. Ce n'est pas surprenant, mais il est intéressant de constater la réapparition de la maladie sous sa même forme lors de la convalescence. Ce n'est guère dans les lures de l'hystérie et, ce disant, nous visons l'opinion de MOEBIUS et d'autres avec lui qui n'admettent pas le paramyoclonus comme type morbide et en font une manifestation de l'hystérie.

Si notre malade était un hystérique, la cessation totale de tout mouvement pendant un mois, n'auraitelle pas constitué une suggestion puissante et de longue durée, capable d'arrêter à tout jamais les secousses, de guérir le sujet ou tout au moins de modifier et de changer la forme de la manifestation hystérique ? Rien de pareil chez notre homme qui d'ailleurs n'a aucun stigmate suffisant d'hystérie ni de neurasthénie. Hystérie monosymptomatique est bien vite dit. D'ailleurs, comme l'écrit RISSIEN RUSSEL, il y a de bonnes raisons pour rejeter l'hypothèse hystérique.

L'hystérie, dit tout récemment DEJERINE (1901), peut produire des myoclonies très semblables au paramyoclonus. Et le même auteur ajoute : « L'opinion de ceux qui rapprochent cette maladie de la maladie des tics est certainement la plus exacte, et à l'heure actuelle, c'est celle qui est admise à peu près partout ». C'est la manière de voir d'EICHHORST, d'OPPENHEIM, de WOLLENBERG, de STRUMPELL, de SCHULTZE. Les vrais myocloniques ne guérissent pas par suggestion. Notre cas en est un nouvel exemple : ni la suggestion causée par un arrêt total d'un mois, ni celle de la thérapeutique, n'ont eu raison des secousses du malade en question.

Ce cas, ajouté à bien d'autres, nous confirme dans l'idée d'une existence distincte du paramyoclonus. Symptôme sans lésions, dira-t-on. Peut-être, mais toute maladie sans lésion actuellement connue ne se confond pas avec l'hystérie. Contre cette opinion de MOEBIUS plaident d'ailleurs trois autopsies récentes de MURRI (*Il policlinico* 1899, et *Rivista critica di clinica medica*, 1900), qui ont fourni la preuve que la région rolandique était atteinte (LEBOVICI, *Progrès médical*, 22 mars 1902). Le paramyoclonus, univoque quant à son siège, serait de nature variable quant à son origine. L'hystérie parfois en peut constituer la cause, mais il est loin d'en être toujours ainsi. Avec MURRI, nous croyons que c'est un symptôme relevant d'altérations organiques ou fonctionnelles diverses des centres nerveux, et non toujours de troubles névrosiques.

Lipome arborescent des gaînes synoviales

par le Docteur O. Lambret,
Professeur agrégé, chargé du cours de médecine opératoire.

Affection rare, ayant des caractères anatomiques tout à fait particuliers, le lipome arborescent des gaînes synoviales mérite surtout d'attirer notre attention par son allure clinique tout à fait déconcertante et l'extrême difficulté de son diagnostic. Signalé autrefois, connu surtout depuis quelques années par la publication d'une vingtaine d'observations, a immédiatement frappé les observateurs par les analogies qu'il offre avec une autre affection mieux étudiée : le lipome arborescent des articulations.

Au point de vue anatomo-pathologique, le lipome arborescent constitue une masse jaunâtre, qui affecte la forme de végétations lobulées, dont les lobules sont plus ou moins nettement pédiculisés et renflés à leurs extrémités en forme de massues arrondies ou aplaties. Cette masse graisseuse avec ses végétations n'est pas libre dans la cavité synoviale, mais elle s'insère en nappe sur la face interne de la gaîne et sur les deux faces des tendons ; cette insertion est une adhérence intime : il est impossible d'enlever le lipome sans sacrifier la gaîne, et, comme on le verra dans notre observation, il est nécessaire, pour faire une ablation complète, de sculpter les tendons qui se perdent dans l'intérieur de la tumeur. D'ailleurs les tendons peuvent être altérés, dissociés, traversés de part en part ou simplement amincis par les lobules graisseux. On voit donc que la dénomination de lipome n'est pas tout à fait exacte ; il s'agit bien d'une production pathologique de tissu graisseux, mais l'aspect macroscopique, différent

totalement du lipome ordinaire qui se présente sous la forme d'une masse circonscrite et généralement encapsulée.

C'est pourquoi certains auteurs se refusent à ranger cette affection parmi les lipomes et la classent dans la catégorie des inflammations chroniques, et il faut reconnaître que la façon dont se comporte le tissu graisseux dans la gaîne et au niveau des tendons permet d'adopter cette manière de voir. Mais la difficulté commence lorsqu'il s'agit de déterminer la nature de l'inflammation qui donne naissance à cette synovite. La première idée qui vient à l'esprit, c'est de se demander si l'origine du lipome arborescent des synoviales n'est pas la même que celle présumée du lipome des articulations. On sait qu'on admet généralement que le lipome arborescent des articulations est de nature tuberculeuse.

Cela du moins semble résulter d'un travail de Kouzime; il n'en est pas moins vrai que le fait n'est pas constant puisque dans certains cas, on a pu trouver un microbe autre que le bacille de Koch et que dans certains autres, on n'en a trouvé aucun. En ce qui concerne le lipome des gaînes synoviales, aucun fait ne plaide en faveur de l'origine tuberculeuse, l'inoculation bactériologique est négative, l'examen miscroscopique et histologique ne fournit aucun renseignement. On ne trouve, en outre, aucun tissu qui rappelle la tuberculose, mais simplement du tissu conjonctif et du tissu adipeux en quantités à peu près égales, si bien qu'on pourrait appeler la tumeur, un fibro-lipome. Broca avait émis l'opinion qu'il pouvait s'agir de la transformation graisseuse d'une synovite tuberculeuse, mais comme le fait remarquer Kummer, il serait véritablement extraordinaire qu'aucun tubercule ne persistât par-ci par-là et cette hypothèse manque de base réelle. Ce dernier auteur pense que le lipome arborescent est une affection différente du lipome, différente aussi de la synovite fongueuse et la considère comme une synovite proliférante. En vérité, je ne sais si l'opinion de Kummer doit être admise, mais la nature de cette synovite proliférante ne m'apparaît pas très nettement, et il est difficile d'en expliquer l'origine dans l'observation qu'on lira plus loin où le lipome est apparu à l'âge de deux ans sans qu'on ait pu trouver une cause capable de produire une inflammation.

Toutes les gaînes tendineuses peuvent être atteintes, mais l'affection est surtout localisée aux extenseurs ou aux fléchisseurs de la main. Il existe une tuméfaction de volume variable suivant les cas, mais dont l'accroissement a toujours été très lent et a demandé ordinairement plusieurs années. Sa forme est allongée dans le sens du tendon et sa surface plus ou moins bosselée.

A la palpation on trouve toujours de la fluctuation, mais il est souvent noté que la tension dans la poche est faible; la tumeur fait corps avec le tendon et se mobilise avec lui.

Enfin, il est souvent possible de déterminer une crépitation analogue à celle qui est provoquée dans les kystes synoviaux par la présence de grains riziformes. Le lipome arborescent n'est pas douloureux par lui-même, mais il devient à la longue une cause de gêne des mouvements; les muscles dont les tendons sont ainsi atteints sont plus faibles, le jeu des tendons plus difficile, la fatigue plus rapide, la force du membre diminuée.

En somme, il est facile de voir que les symptômes du lipome arborescent sont aussi ceux des kystes synoviaux à grains riziformes: indolence à peu près complète, sensation de fluctuation, marche lente, crépitation, siège, tout y est et c'est bien pour cela que jamais le diagnostic du lipome arborescent n'a été fait avant l'opération. D'une façon générale, on peut dire qu'en médecine, les erreurs sont profitables quand elles sont reconnues, car on commet difficilement deux fois de suite la même faute de diagnostic; mais cela n'est pas applicable au lipome arborescent des synoviales qui n'a pas de symptôme propre et qu'on ne peut reconnaître qu'à l'incision. La fluctuation qu'on croit percevoir n'est que la fausse fluctuation bien connue des lipomes, et la crépitation est vraisemblablement provoquée par le froissement l'une contre l'autre des petites nodosités graisseuses qui constituent le soi-disant lipome et dont l'aspect spécial lui a valu le qualificatif plus ou moins juste d'arborescent.

Le pronostic de cette affection apparaît comme devant être bénin; peut-être devrait-on faire quelques réserves à cause de la possibilité de l'origine tuberculeuse, mais nous avons vu que cette origine était purement hypothétique et il semble que son évolution si lente et indolore permet à elle seule de dire que le lipome arborescent des gaînes synoviales n'est pas grave. Il est évident même qu'au point de vue du traitement, de nombreux malades peuvent le conserver sans aucun inconvénient. L'excision est indiquée lorsque la tumeur est déplaisante au point de vue esthétique comme sur le dos de la main par exemple, ou quand elle apporte une certaine gêne dans les mouvements. Il faut savoir que cette excision n'est pas exempte d'une certaine difficulté, car il faut souvent morceler, pour dégager un ou plusieurs tendons, la masse graisseuse confondue avec eux et on risque fortement de les sectionner surtout s'ils sont amincis. Lorsque la guérison opératoire est obtenue il faut encore astreindre le malade à un traitement orthopédique qui consiste surtout à mobiliser le tendon en lui faisant faire des mouvements actifs et passifs.

Voici maintenant notre observation :

Un jeune garçon de 8 ans est amené le 19 février dernier à la consultation de chirurgie des enfants de l'hôpital de la Charité, pour une tumeur du dos de la main droite. Cette tumeur, située sur le trajet des tendons de l'extenseur commun, fait corps avec ces tendons et est allongée parallèlement à leur direction; elle occupe toute la moitié

interne du dos de la main correspondant aux extenseurs des doigts auriculaire, annulaire et médius : elle est apparue à l'âge de deux ans et a toujours grossi insensiblement depuis cette époque, sans provoquer aucune douleur mais depuis quelque temps elle est devenue une cause de gêne des mouvements d'extension des doigts. La peau est saine et mobile. On provoque facilement de la fluctuation dans tous les sens ; il n'y a pas de crépitation.

L'enfant est bien portant, il n'y a aucun antécédent ni héréditaire, ni personnel ; néanmoins je fais le diagnostic de kyste synovial à grains riziformes probable et propose l'ablation.

L'intervention montre qu'il n'y a pas trace de liquide, mais que la tumeur est formée par un lipome diffus, arborescent de la gaine synoviale de l'extenseur commun. L'incision faite on se trouve en présence d'une masse graisseuse dans laquelle sont perdus les tendons extenseurs, et il est nécessaire de morceler, d'enlever par parcelles les lobules graisseux pour arriver jusqu'aux tendons sans les sectionner ; les tendons extenseurs des trois derniers doigts étant découverts, leurs faces dorsales, puis leurs faces palmaires sont successivement « sculptées » et débarrassées de leur revêtement de végétations graisseuses ; la synoviale doublée des mêmes végétations est enlevée à son tour dans toutes ses parties accessibles. Fermeture de la plaie aux agrafes de Michel, — pansement compressif. Guérison per primam à la suite de laquelle on note pendant quelques jours une certaine impotence des tendons, combattue efficacement par le massage et les mouvements passifs et actifs.

Consultations Médico-Chirurgicales

DÉLIVRANCE ANORMALE

Docteur Oui.

INFORMATIONS CLINIQUES. — I. — Au cours de la délivrance, pratiquant le palper abdominal, au lieu de percevoir le globe de sûreté formé par l'utérus bien rétracté, vous trouvez l'organe flasque, mou, difficile à délimiter. Cependant, dans l'état général de la patiente, aucun trouble ne s'est produit. Vous avez affaire à l'*inertie utérine*.

II. — La consistance de l'utérus est normale. Il se contracte régulièrement, il ne paraît pas augmenté de volume. Si du sang s'écoule au dehors, c'est en petite quantité. L'état général est satisfaisant. Cependant, au bout de deux ou trois heures, le placenta n'est point descendu dans le vagin et, par le toucher vaginal, vous n'en atteignez qu'une partie restreinte dans le segment inférieur de l'utérus. Il s'agit d'une rétention par *adhérences du placenta*.

III. — Chez une femme à laquelle on a administré de l'ergot de seigle soit dans la dernière période de l'accouchement, soit après l'expulsion du fœtus, vous constatez une dureté ligneuse de l'utérus. Cette dureté est permanente. Le toucher vaginal fait constater que le col est fermé. Il y a rétention par *tétanisation de l'utérus*.

IV. — L'utérus se contracte bien ; mais à un moment donné le palper vous fait percevoir que sa forme devient irrégulière et qu'en une partie plus ou moins large de la paroi, se forme une saillie qui, d'abord se contracte et se relâche, dont la contraction devient ensuite permanente. Le toucher vous montre que le placenta ne descend pas dans le segment inférieur. Il s'est produit un *enchatonnement du placenta* par contraction irrégulière de l'utérus.

V. — L'utérus s'est bien contracté. Le placenta s'est décollé. Par le toucher, vous le sentez engagé en partie dans le vagin. Cependant, les tractions faites sur le cordon ne suffisent pas à l'amener au dehors. La main appliquée sur le fond de l'utérus sent, au moment des tractions, la paroi utérine se déprimer. Il existe *une adhérence des membranes au fond de l'utérus*.

VI. — Au cours d'une délivrance qui, jusqu'alors, avait paru normale, l'utérus devient mou et augmente de volume. En même temps, la femme pâlit. Son pouls devient extrêmement fréquent (100, 110, 120 pulsations à la minute). Ou bien, il se produit pendant un temps plus ou moins long, soit un écoulement sanguin abondant d'emblée, soit un suintement continu qui coïncident avec les phénomènes généraux décrits plus haut. Il y a une *hémorrhagie* qui met en danger les jours de l'accouchée.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Dans le cas d'inertie utérine, il faut réveiller les contractions utérines indispensables pour décoller et pour expulser le placenta.

Que le placenta soit adhérent, qu'il soit enchatonné ou retenu dans l'utérus tétanisé, il faut procéder à son extraction. Dans le cas d'adhérences, en effet, la contraction de l'utérus est impuissante à produire le décollement complet. Dans le cas d'enchatonnement ou de tétanisation, l'expectation ne ferait que rendre l'intervention plus pénible.

Dans la rétention par adhérences des membranes, la nécessité s'impose de pratiquer le décollement manuel de ces membranes pour ne pas s'exposer à en abandonner une portion dans l'utérus.

Enfin, dans le cas d'hémorrhagie, il est indispensable de vider l'utérus pour lui permettre de se rétracter complètement et de faire lui-même son hémostase.

TRAITEMENT. — I. *INERTIE UTÉRINE.* — Pour lutter contre cet état, habituellement temporaire, la **stimulation de l'organe** par des pressions, des frictions, véritable massage effectué à travers la paroi abdominale, sont généralement suffisantes. Si ces petits moyens ne réussissent pas ou donnent un résultat incomplet, ayez recours aux **injections vaginales** d'abord, **intra-utérines**, au besoin d'un liquide antiseptique à 48°-50°.

II. *ADHÉRENCES.* — Dans ce cas vous pouvez attendre deux ou trois heures, s'il ne survient pas d'hémorrhagie. Au delà de ce temps, il est évident qu'il ne faut plus compter sur la délivrance naturelle.

III. *ENCHATONNEMENT, TÉTANISATION.* — Dans les cas d'enchâtonnement, de rétention par tétanisation utérine, faites, **le plus tôt possible**, la **délivrance artificielle.**

IV. *HÉMORRHAGIE.* — Dans les cas d'hémorrhagie, ne perdez pas de temps. Toute tergiversation est dangereuse. **La délivrance artificielle** s'impose immédiatement.

Délivrance artificielle. — A. — Rappelez-vous que vous ne devez opérer qu'**après avoir aseptisé vos mains avec le soin le plus scrupuleux**, et avoir fait avec les plus grandes précautions une toilette antiseptique de la vulve et du vagin. La moindre faute peut, dans ce cas, à cause du contact direct qui va s'établir entre votre main et la face interne de l'utérus, avoir les conséquences les plus graves.

B) Si vous êtes tant soit peu inexpérimenté, faites placer la patiente en position obstétricale. L'intervention en est facilitée. Insinuez doucement la main droite dans le vagin ; puis, suivant le cordon ombilical qui la guide, faites-la pénétrer dans l'utérus que maintient votre main gauche appuyant, à travers la paroi abdominale, sur le fond de l'organe.

C) Le plus souvent, vous trouverez le placenta en partie décollé.

a) Si les adhérences sont faibles, vous n'aurez qu'à insinuer votre main entre la face externe du placenta et la paroi utérine et à opérer la séparation avec le bord cubital de la main par quelques mouvements semblables à ceux que vous faites quand vous voulez séparer ainsi les feuillets d'un livre.

b) Si les adhérences sont solides, faites agir le bout des doigts, en agissant par petits coups, de proche en proche « à peu près comme pour enlever la peau d'une orange », selon l'expression de Tarnier.

c) Lorsque le placenta est totalement adhérent, cherchez, sur son bord, le point qui vous offrira le moins de résistance et décollez-le à ce niveau, puis, poursuivez le décollement comme il a été dit plus haut.

D) Quand le placenta est complètement détaché, libre dans l'utérus, saisissez-le à pleine main et entraînez-le au dehors, très lentement, de façon que les membranes se détachent bien de la face interne de l'utérus et que la matrice se contracte énergiquement.

E) Donnez, alors, une **grande injection intra-utérine antiseptique à 48°**, qui, excitant les contractions utérines, mettra la femme à l'abri des hémorrhagies secondaires, et assurera, en même temps, l'asepsie de la cavité utérine.

F) Examinez l'arrière-faix. S'il manque un cotylédon, n'hésitez pas à réintroduire la main pour le décoller et l'extraire.

G) Vous pouvez, au cours de l'intervention, rencontrer quelques difficultés :

1° D'abord, des *adhérences extrêmement serrées*. Vous en viendrez à bout à force de patience et de persévérance et, si vous ne brusquez rien, vous pourrez extraire le placenta au complet.

2° Ensuite, la *résistance à l'introduction de la main que peut opposer* soit l'orifice contracté de la loge qui contient le placenta, dans le cas d'enchatonnement, soit la contracture du col utérin dans le cas de tétanisation due à l'ergot de seigle.

a) Dans le premier cas, vous vaincrez presque toujours la résistance avec de la *patience* et de la *douceur*. Introduisez dans l'orifice un doigt, puis deux. Dilatez lentement le collet, et petit à petit votre main pénétrera. Vous serez maître de la situation.

b) Dans le cas de tétanisation, de spasme total, vous pourrez échouer dans vos efforts pour pénétrer dans l'utérus. Remettez alors l'opération à quelques heures. Faites donner à la patiente un grand *bain chaud*, pratiquez une injection hypodermique de 1 ou 2 centigrammes de *morphine* et *renouvelez vos tentatives* sous *anesthésie chloroformique*.

3° Dans le cas d'*échec complet de ces tentatives* réitérées pendant vingt-quatre ou trente-six heures et devant l'immense danger que fait courir à la femme la rétention du placenta à terme, il ne reste plus que la ressource de l'*hystérectomie totale* qui ne doit être faite, cependant, qu'après démonstration évidente de l'impossibilité de faire la délivrance.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 28 Mars 1902

Présidence de M. CHARMEIL.

Quatre cas d'hypothyroïdie chez des enfants

M. Ausset. — Les travaux d'HERTOGHE ont fait connaître avec précision les troubles qui dépendent d'un défaut de fonctionnement de la glande thyroïde. Cet auteur a, en particulier, décrit une hypothyroïdie bénigne. Les modifications glandulaires capables d'entraîner de pareils états sont ou primitives, ou acquises. Dans ce dernier cas, elles peuvent dépendre, par exemple, de la syphilis, du rachitisme, d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire, etc. Elles amènent un infantilisme acquis, qui est identique à l'infantilisme congénital, comme l'a mis en lumière BRETON, dans sa thèse.

Je vous présente d'abord un enfant de trois ans, sans nul antécédent morbide héréditaire. Il a été nourri au sein jusqu'à 17 mois, s'est développé normalement jusqu'à cet âge, après avoir eu sa première dent à six mois. Le sevrage a été brusque et a été suivi d'une gastro-entérite extrêmement grave. Alors, l'intelligence a diminué ; l'enfant est devenu gros, bouffi, avec un facies lunaire. Depuis deux

mois qu'il est soumis au traitement thyroïdien, le développement reprend ; mais les organes génitaux sont atrophiques et la verge est fort peu développée. Cet enfant a fait du rachitisme par fermentations gastro-intestinales et les poisons du tube digestif ont agi sur la thyroïde pour adultérer son fonctionnement et créer l'hypothyroïdie. Au cours du rachitisme d'ailleurs, bien d'autres organes sont atteints : de là par exemple, la micropolyadénopathie, etc.

Voici un second enfant plus éveillé que le précédent. Il y a un mois, avant le traitement, il était anéanti, ne manifestait aucune impression. Il est âgé de deux ans et demi, a été nourri au sein. A la suite d'une gastro-entérite grave, il a pris un facies caractéristique. La peau est très épaisse, sèche et rugueuse ; derrière le cou est un pannicule adipeux très épais. Les organes génitaux sont normaux, mais un testicule est petit. Avant le traitement, le mamelon était rentré et ombiliqué.

Je vous montre un autre enfant de 4 ans, qui m'a été adressé par M. Gaudier. Il est né à huit mois, a été nourri au biberon et fort mal. Il n'a marché qu'à trois ans ; il parle à peine. Pas de dents avant deux ans. C'est un adénoïdien typique. Il est triste, ne joue pas ; son intelligence est inférieure. La peau est sèche, le pannicule adipeux très développé. Le thorax est celui d'un rachitique. Ici, l'hypothyroïdie est-elle primitive ou secondaire ?

Enfin, j'observe un enfant de 4 ans et 3 mois, né à terme, sans antécédents héréditaires, nourri à la soupe dès sa naissance. Il ne marche pas, parle à peine, a un teint jaune cireux : il est petit et obèse, perd ses urines, est constipé avec des selles glaireuses. Il n'a que 12 dents ; le ventre est énorme, le facies lunaire ; la fontanelle est encore ouverte. Jusqu'à 15 mois, la santé a été bonne : puis est venue une gastro-entérite et alors l'état actuel s'est développé. L'enfant qui a plus de 4 ans est tel qu'il était à quinze mois. Chez ces enfants, le traitement thyroïdien agit d'une façon merveilleuse.

M. Ingelrans reconnaît qu'il est frappant que, chez trois de ces enfants, l'hypothyroïdie ait succédé à une gastro-entérite grave. M. Ausset dit qu'il s'agit d'une action des poisons du tube digestif sur la glande. Pourquoi ne pas admettre que le microbe qui a créé l'entérite a également créé d'une façon directe une thyroïdite ? Les thyroïdites sont connues au cours des infections et, pour Roger et Garnier, elles entraînent parfois la dysthyroïdie.

M. Ausset dit qu'au cours du rachitisme, des infections multiples peuvent se produire. Quel que soit le mécanisme invoqué, l'hypothyroïdie est, dans ces cas, des plus certaine.

Discussion sur l'hystérectomie dans l'infection puerpérale

M. Oui. — Dans notre dernière séance, notre collègue M. Le Fort nous a apporté une nouvelle observation d'hystérectomie appliquée à la cure de l'infection puerpérale. Malgré l'habileté opératoire et les qualités chirurgicales de notre collègue, l'hystérectomie, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, a donné un résultat négatif. La malade est morte.

Depuis la thèse de Bonamy et la communication faite par M. Tuffier à la Société de Chirurgie en 1899, la question de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale a donné lieu, l'année dernière, à une longue discussion à la Société de Chirurgie et elle a été agitée de nouveau, en juillet 1901, à la Société d'Obstétrique de Paris.

C'est sur les documents produits devant ces deux sociétés que je m'appuierai pour examiner cette question.

Et d'abord, il faut le reconnaître, les résultats de l'hystérectomie sont loin d'être brillants.

Les voici, résumés en un court tableau.

Picqué	—	1 cas	—	0 mort ;
Monzie	—	1 cas	—	0 mort ;
Tuffier	—	3 cas	—	2 morts ;
Rochard	—	4 cas	—	4 morts ;
Bazy	—	2 cas	—	2 morts ;
Quénu	—	1 cas	—	1 mort ;
Chaput	—	2 cas	—	2 morts ;
Faure	—	7 cas	—	6 morts ;
Gosset	—	1 cas	—	0 mort ;
Le Fort	—	1 cas	—	1 mort :
Demelin	—	1 cas	—	0 mort ;
Porak	—	1 cas	—	1 mort ;
Totaux		25 cas	—	19 morts.

Ce qui donne une mortalité de 76 %.

Cette proportion même est trop faible. Elle n'est pas l'expression de la vérité.

En effet, le professeur Terrier déclarait à la Société de Chirurgie que, à Bichat, on avait tenté *un certain nombre de fois* l'hystérectomie dans l'infection puerpérale et toujours sans succès. Voilà une déclaration qui n'est point faite pour améliorer le bilan de cette opération, en admettant que tous les hystérectomistes aient fait part de leurs insuccès au public médical.

Prenons, cependant, ce chiffre de 76 % de mortalité comme représentant la réalité. Je crois, avec M. Ricard et avec beaucoup d'accoucheurs que, même dans les infections puerpérales très graves, comparables à celles pour lesquelles on a pratiqué l'hystérectomie, le traitement conservateur n'a jamais donné et ne donnera jamais de résultats aussi pitoyables.

Je sais bien que les hystérectomistes convaincus nous déclarent avec assurance que toutes les femmes qu'ils ont opérées auraient succombé si l'opération n'avait pas été faite et s'appuient pour émettre cette affirmation sur les lésions trouvées dans l'utérus même ou sur la constatation

de rétention dans sa cavité de débris placentaires ou membraneux.

Or les lésions suppuratives de la paroi utérine sont rares.

Elles sont notées dans les cas :

1° de Picqué. Abcès de la paroi utérine communiquant avec des abcès multiples du ligament large.

2° de Monzie. — Infiltration purulente de la paroi utérine et suppuration de deux fibromes utérins.

Dans tous les autres cas, aucune lésion de la paroi utérine n'a été constatée.

Enfin, nous trouvons 3 cas (2 de J. L. Faure et celui de Le Fort) dans lesquels il existait de la rétention de débris placentaires ou membraneux.

En résumé, sur ces 25 observations, il y a en a 20 dans lesquelles aucun fait *anatomique* n'est noté qui justifie l'hystérectomie.

De ces faits anatomiques, d'ailleurs, seuls les cas de rétention sont cliniquement constatables par l'exploration digitale de la cavité utérine. Or, dans les cas plus haut cités, cette exploration n'a pas été faite alors qu'elle eût probablement permis de nettoyer l'utérus mieux qu'un curettage.

Quant à la suppuration intra-pariétale de l'utérus, il me paraît tout à fait impossible de la diagnostiquer et, par conséquent, d'en faire état comme indication opératoire.

Il faut bien le dire, d'ailleurs, cette méthode radicale de l'hystérectomie paraît être trop facilement mise en usage par quelques chirurgiens.

C'est ainsi que Gosset pratique d'emblée une hystérectomie sans avoir tenté aucun autre traitement ; que J. L. Faure opère le soir même d'un curettage utérin et que mon ami Le Fort n'attend que vingt-quatre heures le résultat du curettage qu'il a pratiqué.

Ce sont là, me semble-t-il, interventions un peu hâtives, car on ne peut demander au curettage d'amener la chute immédiate de la température qui ne s'abaisse souvent qu'au bout de deux ou trois jours et même après un second curettage.

Une intervention aussi rapide risque donc fort d'être injustifiée.

Quant à l'intervention tardive, ou plutôt retardée, elle arrivera dans la plupart des cas alors que l'utérus ne sera plus en cause et que l'infection sera généralisée.

Ce qui le prouve, c'est la persistance de la fièvre, quand la malade succombe au bout de plusieurs jours, c'est aussi le très lent retour à l'apyrexie ou les poussées fébriles de la convalescence dans les trop rares cas de guérison.

Ces accidents, je les trouve notés dans les observations de Tuffier, de Picqué, de Gosset, de Demelin, de Monzie.

Ainsi, les hystérectomistes se trouvent dans l'alternative soit de pratiquer une intervention précoce tout à fait injustifiée, soit d'intervenir tard et alors, presque toujours trop tard.

J'ajouterai que l'hystérectomie, faite presque toujours dans des conditions fort incertaines qui sont loin de démontrer son utilité, présente de réels dangers.

Que l'hystérectomie soit, chez une femme en bon état général, une opération sérieuse, cela ne fait aucun doute. Qu'elle soit une opération d'une extrême gravité chez une femme infectée, profondément intoxiquée, extrêmement affaiblie, c'est incontestable.

En laissant de côté les cas comme celui de Tuffier, où la malade a succombé à une péritonite cinq jours après l'opération, comme celui de Rochard, où il existait une phlébite des ligaments larges, cas dans lequel l'opération risque fort de déterminer des embolies, on constate, à la lecture des observations, que le choc opératoire a, dans le plus grand nombre des cas, été la cause déterminante de la mort.

Somme toute, je ne suis guère convaincu que l'hystérectomie ait réellement sauvé les quelques malades qui lui ont survécu. En revanche, elle en a certainement tué un certain nombre ou, si vous préférez cet euphémisme, elle les a abrégées.

Comme notre rôle n'est point d'abréger nos malades, même quand leur mort nous paraît assurée, car notre pronostic est trop sujet à erreur, j'estime que l'hystérectomie, dans l'infection puerpérale, est une mauvaise opération et qu'il vaut mieux n'y avoir point recours.

M. **Lambret**. — L'hystérectomie pour infection puerpérale ne se fait plus ; mais elle n'a pas assurément causé la mort de femmes que le curettage n'eût pu sauver. Il en est ainsi du cas de M. Le Fort. Si, dans l'infection puerpérale, l'hystérectomie donne 90 pour 100 de mortalité, cela tient à la maladie et non à l'opération. Je l'ai pratiquée deux fois, avec un succès. Dans un cas, je suis intervenu très hâtivement; faisant un curettage pour rétention placentaire, à un moment mon instrument a passé dans le ligament large. L'hémorragie m'amena à faire l'hystérectomie et la malade guérit. Dans le second cas, la malade était très infectée et elle mourut le lendemain de sa maladie, non pas de l'opération. Celle-ci constitue un mauvais moyen, car on n'a aucune indication nette en présence de tel ou tel cas ; mais elle ne tue pas les opérées.

M. **Drucbert** dit que la question est ici la même que dans l'appendicite. Il est des cas où il faut opérer, d'autres où il faut s'abstenir. Tout dépend de l'intoxication générale du sujet, d'où la conclusion qu'il est préférable d'intervenir au début.

M. Ausset dit que, comme dans l'appendicite, on doit être prudent. Il cite un cas d'infection puerpérale où il a suffi d'un curettage. Or, deux jours après cette interven-

tion, la température était encore à 41°9 et la malade a guéri.

M. Charmeil pense qu'ici, comme en ce qui concerne l'appendicite, on ne sait jamais si on a eu raison ou tort de tenir telle ou telle conduite. Il s'agit d'infections d'allures capricieuses. La règle dépend surtout du tempérament chirurgical, des tendances de l'esprit et aussi du milieu où l'on se trouve placé.

M. Folet appuie les idées de M. Charmeil. Ce n'est même pas l'événement qui justifie l'intervention. On voit parfois la guérison spontanée dans des cas désespérés. Il vaut mieux ne plus faire l'hystérectomie pour infection puerpérale ; la malade de M. Lambret eût aussi bien guéri autrement. La statistique de Ricard est frappante et doit faire abandonner l'opération.

M. Le Fort n'est pas convaincu par les arguments de M. Oui. Dans les cas désespérés, il croit, dit-il, qu'on a le devoir d'user de cet unique moyen qu'est l'hystérectomie. On incrimine le choc opératoire : mais dans mon cas, l'intervention n'a pas modifié ma malade. Celle-ci n'a pas changé d'aspect, donc elle n'a pas éprouvé de choc.

Je ne pense pas qu'on doive faire un argument de la conservation de l'utérus : le réel intérêt est dans la vie de la malade. L'opération me paraît fort défendable. Il va de soi que si l'on est en présence de malades convenablement soignées, il y a lieu d'abord de pratiquer un curettage, puis d'attendre, puis d'en faire un second ; et enfin il faut enlever l'utérus avant que la mort n'arrive. Je suis d'avis de pratiquer l'hystérectomie chez les malades à utérus profondément infecté, qui n'ont pas d'autre localisation et chez qui on a essayé par avance ce que l'on pouvait tenter. Mieux vaut une femme guérie sans utérus qu'une morte avec son utérus.

M. Oui dit que le cas heureux signalé par M. Lambret se rapporte à une hystérectomie pour perforation d'un utérus désinfecté. Dans les cas désespérés où M. Le Fort ferait l'hystérectomie, il est préférable de ne rien faire du tout; d'ailleurs à quoi de tels cas se reconnaissent-ils? Toute la question est là, car sinon on opère au hasard. Les statistiques de Ricard parlent absolument contre l'opération. Il arrive parfois que l'hystérectomie achève la malade. On doit commencer par le lavage utérin, l'irrigation continue, par un curettage et, au besoin, un second. Si on enlève l'utérus après avoir ainsi agi pendant dix ou quinze jours, on aura grande chance de n'y plus rien trouver. Ainsi, on peut dire, ou bien qu'on opère trop tôt, sans que l'intervention soit justifiée, ou qu'on opère beaucoup trop tard et alors inutilement.

M. Le Fort fait remarquer que, dans aucun cas publié, on n'a fait d'irrigation continue. Cela montre qu'il s'agit de malades du dehors, arrivant très infectées dans les services de chirurgie.

Si la température reste élevée et que l'état s'aggrave, il y a lieu d'enlever l'utérus.

M. Oui fait observer que, contrairement à ce que suppose M. Le Fort, les chirurgiens qu'il cite ont très souvent opéré vite, au bout de trois ou quatre jours, par exemple. En réalité, beaucoup de ces cas, sont des cas hospitaliers. Son avis est que les femmes ont plus de chances de guérir quand on ne les opère pas que si on fait l'hystérectomie.

M. Lambret répond qu'en présence de cas graves, on est autorisé à pratiquer des interventions graves. Quand on parle de guérison obtenue sans opération, c'est qu'on s'en souvient bien davantage que des cas où cette abstention a été suivie de mort.

Lipomatose généralisée

MM. Drucbert et **Ingelrans** présentent un malade qui a déjà fait l'objet d'une communication de leur part le 11 octobre 1901. C'est un homme de trente-cinq ans qui, à ce moment, avait des lipomes symétriques des avant-bras. Depuis lors, les tumeurs ont augmenté de volume et un assez grand nombre d'autres ont apparu sur le tronc. Leur multiplication et leur dissémination sont curieuses.

M. Folet signale un fait où il a pu compter jusqu'à deux cents de ces lipômes disséminés. Ce sont des exemples de ce qu'on a désigné autrefois sous le nom de diathèse lipomateuse.

MOTS DE LA FIN

Un nouveau révulsif. — « Vous lui mettrez sur le côté de bonnes applications de papiers Rigollot, », commande le savant praticien.

Le soir il revient voir son malade, trouve sur le point douloureux trois ou quatre épaisseurs de journaux : *Rire, Sourire, Pêle-Mêle*, etc.

— Mais qu'avez vous donc mis là, s'écrie-t-il.

— Ce que nous avons mis ! Mais monsieur le docteur, le marchand de journaux nous a dit qu'il n'y avait rien de mieux comme « rigolo ».

(Lyon Médical).

OUVRAGES REÇUS

— **Le paludisme, sa prophylaxie**, par le docteur Le Dantec, agrégé de la Faculté de Bordeaux, extrait des *Questions diplomatiques et coloniales.*

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc.

Le gérant : Th. CLERQUIN.

Nº 274. Sixième Année. Nº 15 · Le Numéro : **10** centimes. 13 Avril 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

HOTEL-DIEU D'ABBEVILLE (Somme)

Anus herniaire datant de trente-sept mois Guérison

par le docteur Henri **Douriez**

J'ai eu l'occasion de fermer un anus iliaque *datant de trente-sept mois* et consécutif à une kélotomie pour hernie inguinale gauche. De l'hôpital d'incurables où on l'avait relégué, le nommé Garb... me fut adressé le 2 septembre 1901, pour un prolapsus récent du bout inférieur par la plaie abdominale.

L'état du malheureux était lamentable ; les matières fluaient, très liquides, par l'anus artificiel : deux à trois heures après chaque repas survenait un flot diarrhéique. Par le rectum, rien ne passait ; seulement de temps à autre, il y avait issue de glaires et de mucus.

L'anus siégeait à deux travers de doigt au dessus du ligament de Poupart, à trois travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-inférieure. La portion externe livrait passage aux matières fécales ; de la portion interne s'échappait un boudin de muqueuse rouge, framboisée, long de douze centimètres environ, aisément réductible, mais non coercible.

La peau de l'abdomen, des plis génitaux, de la face antérieure de la cuisse gauche, constamment irritée, était le siège d'une dermite hypertrophique, congestive, à plis transversaux.

Le malade extrêmement amaigri, blanchi, semblant un vieillard de soixante-quinze ans bien qu'il n'eût pas atteint la soixantaine, toujours tourmenté par la soif et par une faim vorace, était dans un état de cachexie profonde. Objet d'horreur pour ses camarades et pour lui-même, il était tombé après une période de

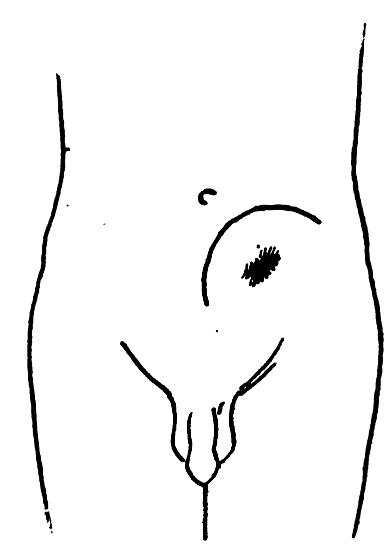


Figure 1

mélancolie dans une apathie stupide, presque en enfance : mentalement, c'était un gâteux.

Quelle que fût la dépression du sujet, il n'y avait pas d'hésitation sur la conduite à tenir. Le lendemain, bain et purgation. Savonnages et pansements humides renouvelés. Le surlendemain, intervention avec

l'assistance de MM. Simonnot, Thiénot et Ranson (1). Après brossage énergique de la peau et occlusion des deux bouts par un bourrage à la gaze iodoformée, l'anus recouvert d'une compresse stérilisée est circonscrit par une large incision en demi cercle (fig. 1). Les plans musculaires sont divisés et le péritoine ouvert ; il existe vers l'anus anormal quelques adhérences à la paroi aisées à détacher, mais les deux anses juxtaposées en canon de fusil adhèrent entre elles sur une dizaine de centimètres à partir de l'orifice cutané ; au delà, elles reprennent leur individualité ; mais elles présentent une telle disproportion comme volume, l'anse inférieure est tellement diminuée de calibre que l'abouchement bout à bout, après résection, ne pourrait avoir lieu. Je pratique sur les deux anses, extériorisées et isolées sur des compresses, une entéro-anastomose par suture en double étage à la soie fine. Au dessous de la communication, je sectionne les anses et je les termine isolément en cœcum (fig. 2).

Figure 2

Restent les deux bouts inférieurs ; je résèque et lie le mésentère, puis je les évagine au dehors de l'anus cutané, aidé par un assistant qui saisit l'éperon entre les mors d'un clamp ; une anse se déchira sur l'une de ses faces ; à cause de sa vacuité et des compresses isolantes, l'incident n'eut pas de suite.

Je fermai et recouvris ma plaie opératoire. Enfin je reséquai les anses extériorisées et l'anus lui-même ; quelques points diminuèrent l'orifice et un drain fut laissé dans cette seconde plaie (fig. 3). Le malade

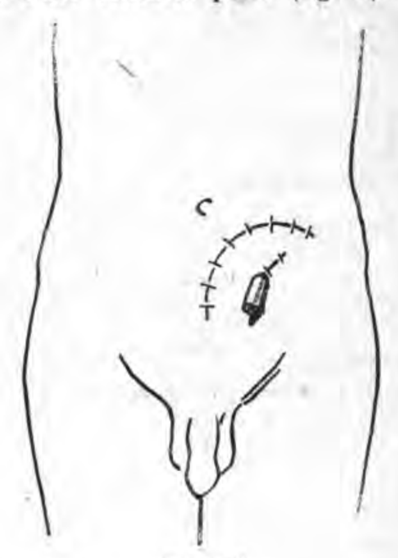


Figure 3

reporté dans son lit n'avait plus de pouls, — j'ai dit dans quel état de déchéance physiologique il m'avait été amené — et nous craignîmes alors qu'il ne survécût pas au choc.

Il survit néanmoins. Six litres de sérum dans les vingt-quatre premières heures, trois litres la journée suivante, furent pour beaucoup sans doute dans le prompt relèvement de l'opéré, qui dès le second jour réclamait impérieusement sa pipe.

Il n'eut aucune élévation thermique. La suture tint bon et aucun fil de la plaie opératoire ne s'infecta ; le drain fut diminué d'abord, puis bientôt enlevé. A son niveau persista longtemps une fistule par où, à deux ou trois reprises, une soie s'est éliminée.

L'anus normal retrouva sa tonicité dès le premier jour, et le malade n'eut aucune évacuation involontaire. Mais le bout inférieur du grêle et le gros intestin durent se réadapter peu à peu à leurs fonctions ; les selles durant les trois ou quatre premières semaines furent très liquides, exactement pareilles à celles rendues autrefois par l'anus artificiel : elles traversaient le bout inférieur, comme elles eussent fait un drain, sans modification. Plus tard elles s'espacèrent, redevinrent moins liquides à mesure que la muqueuse reprenait ses aptitudes physiologiques. Actuellement, le malade a encore deux selles par jour, demi-molles.

Quant à son état général, il s'est modifié du tout au tout, il a engraissé, repris la vie commune et se porte à merveille. Intellectuellement, il s'est amélioré d'une façon tout aussi sensible, ses facultés ont reparu et son état psychique est redevenu normal.

Quelle conduite tenir en face d'un anus contre nature ?

Laissons de côté l'anus congénital, et l'anus chirurgical consécutif à l'entérostomie, — qu'il soit temporaire, comme dans certaines occlusions intestinales

(1) C'est au beau talent de M. Ranson que je dois les dessins de ce travail.

où le milieu, le manque d'aides, la gravité de l'état général l'auront désigné comme procédé de nécessité, — qu'il soit définitif comme premier temps de l'ablation d'un néoplasme rectal.

Tenons-nous en à l'anus post-herniaire. L'orifice cutané siège en l'une des régions accoutumées, canal inguinal, canal crural, ombilic. La peau de l'abdomen est le siège d'un érythème intense ; le derme s'altère à la longue, s'infiltre, s'épaissit ; des complications érysipélateuses ne sont pas rares. A l'orifice cutané succède un trajet intermédiaire à la constitution duquel concourent le tissu cellulaire, les débris du sac et la paroi intestinale elle-même. Cet infundibulum est tapissé de muqueuse.

Au fond de l'entonnoir membraneux s'ouvrent les orifices intestinaux, séparés l'un de l'autre par un éperon qui s'oppose au passage des matières du bout supérieur dans l'inférieur ; celui-ci finit par s'atrophier, parfois s'oblitérer.

Si le segment terminal de l'intestin demeure perméable aux matières, il y a simple fistule stercorale ; pour qu'il y ait anus contre nature proprement dit, il faut que la totalité des fèces s'écoule par l'ouverture anormale.

C'est là une infirmité qui, quoique ne menaçant pas immédiatement la vie, la compromet par ses complications possibles (engouement, péritonite), par l'insuffisance d'absorption intestinale, qui la rend intolérable par la déchéance physique et mentale qui en résulte.

Donc il faut viser à guérir tout anus herniaire.

Avant de tenter la cure on peut attendre trois mois : 1° parce que, surtout s'il s'agit d'une fistule simple, la guérison peut survenir spontanément ; 2° parce que durant les premières semaines, des phlegmons périherniaires peuvent se former qui créeraient une cause surajoutée d'infection.

Passé trois mois, il faut opérer. Mais quelle intervention choisir ?

L'entérotomie de Dupuytren, en supprimant l'éperon et en rétablissant le cours des matières a été une heureuse innovation, très rationnelle au point de vue physiologique et a donné de beaux succès. Mais c'est une méthode douloureuse qui a provoqué des morts par syncope, c'est une méthode dangereuse qui expose à la blessure d'une anse interposée entre les deux anses ouvertes ; c'est une méthode infidèle qui est loin de donner toujours une guérison radicale.

La section de l'éperon, suivie de la suture des bords incisés, telle que l'a préconisée Richelot est moins aveugle ; mais elle n'est pas toujours suffisante. Il faut en arriver à l'occlusion de l'anus.

L'entérorraphie latérale, après dissection de la paroi, adossement des lèvres de l'orifice par une suture à double étage, ne convient qu'aux fistules et non aux anus proprement dits.

La laparotomie pratiquée à distance de l'anus, pour évoluer en tissu sain, suivie suivant le cas ou de la résection des anses ouvertes, ou de leur anastomose, peut seule remplir l'indication.

S'agit-il d'un anus récent, où la libération des adhérences péri-anales ne provoquera pas trop de dégât, où les deux anses sont encore d'un calibre sensiblement égal, où le mésentère fournit assez d'étoffe pour mobiliser sans peine les portions intestinales à aboucher, on résèque les bouts attenant à l'anus et l'on unit, soit au bouton de Murphy, soit mieux par une suture à double étage, le bout afférent et le bout efférent.

Les adhérences, l'inégalité de calibre, la brièveté du mésentère rendent-elles cette manœuvre impossible, reste la ressource de l'entéro-anastomose qui aussi bien est, pour nombre de chirurgiens, le procédé de choix dans tous les cas.

Qu'on abouche par leur face libre les deux anses accolées en canon de fusil, comme dans la figure 2, — ou qu'on fasse chevaucher le bout supérieur sur l'inférieur comme le veut Doyen, afin de ne pas troubler le sens de l'ondulation péristaltique, il importe assez peu : la perméabilité large du canal intestinal est rétablie. Quant aux deux bouts cutanés, on peut, après les avoir fermés, les laisser s'éliminer à la peau, en hâtant leur destruction par des cautérisations répétées ; mieux vaut, quand la chose est possible, les réséquer dans la même séance.

Un nouveau cas de caféisme chronique

Par Ovide **Bouret**, externe des Hôpitaux

La consommation de café dans la région du Nord est, par tête d'habitant, un peu élevée. Mais, dans la classe ouvrière, comme toujours, en matière d'excitant, l'abus est près de l'usage. Aussi, trouve-t-on, dans la population qui s'hospitalise ou dans celle qui vient demander conseil aux consultations gratuites,

assez fréquemment des cas de caféisme chronique. Il suffit, du reste, d'être fait à la symptomatologie un peu fuyante et imprécise de cette intoxication pour découvrir le caféisme là où les causes étiologiques habituelles ne donnent pas la clef des phénomènes observés.

Nous avons pu ainsi, durant le mois de février, à la consultation gratuite de M. le professeur COMBEMALE, observer un cas assez complet de caféisme chronique, dont nous croyons intéressant de relater l'histoire clinique.

Il s'agit d'une femme, Marie H..., âgée de quarante et un ans, d'aspect florissant, à l'œil vif et brillant, qui vint consulter parce qu'elle éprouvait, en même temps que des vertiges, des douleurs au niveau du front, et aussi parce qu'elle se sentait dans un état de lassitude constante. Mariée depuis vingt ans, elle eut trois enfants; le premier seul vit et est âgé de dix-huit ans; les autres sont morts tous deux de convulsions, respectivement à huit mois et à deux mois. Rien d'intéressant à noter dans les antécédents héréditaires et collatéraux de la malade; en ce qui la concerne, elle n'a pas souvenir d'avoir été malade, excepté de trente à trente-cinq ans, période de temps pendant laquelle elle fut souvent prise de vertiges suivis de chute.

Elle n'a jamais toussé, elle ne tousse pas, il n'y a rien d'anormal à l'auscultation des poumons.

L'appétit est excellent, mais les digestions sont parfois pénibles, le pyrosis fréquent; et il existe chez elle une constipation opiniâtre, elle reste communément cinq ou six jours sans aller à la selle. Malgré un interrogatoire serré, du côté de l'appareil urinaire nous n'avons trouvé aucun signe qui pût faire songer à une lésion rénale possible.

L'appareil circulatoire semble intact : pas de troubles de la circulation périphérique, pas d'artério-sclérose; à l'auscultation pas de lésions orificielles; le pouls est un peu ralenti, 65, mais ne présente pas ni irrégularités, ni inégalités.

Du côté de l'appareil locomoteur, la malade se plaint d'une fatigue rapide, et pour ainsi dire continuelle, accompagnée de douleurs vagues qui occupent les membres inférieurs et le dos. Rien de particulier à noter aux membres inférieurs, si ce n'est que la marche est un peu paresseuse. Aux membres supérieurs, la force musculaire est normale, mais on remarque une légère trémulation des extrémités.

C'est en effet du côté du système nerveux que nous allons trouver les troubles principaux.

Depuis deux mois, cette malade présente à la région frontale une zone douloureuse, rectangulaire, s'étendant en hauteur des arcades sourcilières à la racine des cheveux et en largeur jusqu'au niveau d'une ligne qui passerait au tiers externe des deux arcades sourcilières.

Il lui semble que cette zone est formée par une plaie à nu spontanément douloureuse : nous inspections cette région, et elle ne nous présente aucun changement de coloration, aucune modification thermique appréciable; mais il n'est pas niable que toute cette région est hypéresthésiée : la malade nous apprend que lorsqu'elle se trouve à l'air libre, toute cette zone lui semble glacée; d'autre part, la pression à cet endroit est douloureuse, bien que la pression du nerf sus-orbitaire ne réveille aucune douleur.

A côté de ces troubles hypéresthésiques, il faut noter une impression continuelle de froid; elle recherche la chaleur et se dit plus sensible qu'autrui aux variations de température.

Elle appelle ainsi l'attention sur un prurit principalement localisé aux jambes qui ne l'a pas quitté depuis cinq ans sans toutefois être assez intense pour occasionner des lésions de grattage; ce prurit, mieux ces fourmillements, ne se sont jamais accompagnés d'éruption.

Un autre trouble important, ce sont les vertiges : Elle en présente depuis plus de quinze ans, assez intenses dans les dix premières années pour amener des chutes assez fréquentes; la malade commençait par avoir la vue troublée, tout semblait tourner autour d'elle, le sol paraissait se dérober sous elle, elle se sentait prise d'une sensation indéfinissable de défaillance et elle tombait pour se relever immédiatement; le tout durait quelques secondes, puis pendant quelques minutes elle avait la tête lourde et tout s'arrêtait là; toutefois chaque vertige n'amenait pas nécessairement une chute. Depuis cinq ans environ du reste la chute ne se produit plus; la malade n'a plus que de simples vertiges, deux ou trois fois par jour.

Il nous a paru intéressant de rechercher si notre malade était sujette aux rêves et quelle en était la forme. Presque toutes les nuits elle rêve, mais ces rêves n'interrompent pas son sommeil, ils n'ont rien des rêves des alcooliques; pas d'animaux féroces ou immondes, pas de cauchemars, pas de rêves professionnels; elle ne voit que des parents, des amis, des personnes même qui lui sont totalement indifférentes.

Poursuivant notre examen, nous n'avons trouvé aucune modification des divers réflexes : pas de troubles de l'ouïe, pas de troubles de la vue autres que ceux qui apparaissent au moment des vertiges; nous avons noté que la malade avait assez souvent des céphalées; mais nous n'avons pas constaté le signe de ROMBERG, non plus de douleurs à la pression des nerfs; pas d'anesthésie ni d'hyperesthésie, sauf au niveau du front; enfin, pas de signes d'hystérie.

En présence de cet ensemble symptomatique : vertiges suivis de chute, tremblement des mains, fatigue rapide, douleurs vagues, sensation de froid, prurit, céphalées, rêves, constipation opiniâtre, l'attention était nécessairement attirée vers l'idée d'une intoxication; ce ne pouvait être que le café qui était en cause.

L'interrogatoire à ce sujet fut concluant : la malade convient facilement qu'elle est très gourmande de café : De quatre heures et demie du matin à sept heures, avant de se mettre au travail, elle absorbe, chaque jour, cinq à six bols de café; à neuf heures, elle déjeune de café au lait, puis elle ne prend que deux

ou trois tasses seulement dans le restant de la journée. C'est donc presque exclusivement le matin à jeun que le café est ingéré.

Elle confesse qu'à elle seule elle consomme près d'une demi-livre de café en grains par semaine, soit trente à trente-cinq grammes par jour ; du reste, elle a soin d'en extraire tous les principes actifs, comme le montre sa manière de faire. Presque tout le café destiné à être utilisé dans la journée est placé dans la cafetière dès le matin et c'est le même café qui fournira le petit noir pour toute la journée, excepté pour le dîner où elle en ajoute un peu. Les aveux de la malade sont complétés par le renseignement suivant : Depuis cinq ans, elle boit un peu moins de café, ce qui paraît coïncider avec la disparition des chutes durant le vertige.

La thérapeutique que nous recommandâmes à cette malade a consisté en un gramme de bromure de potassium par jour, et une consommation un peu moins grande de café. Les résultats ne nous sont point connus, car la malade, qui nous avait fait promesse de revenir à la consultation chaque semaine, ne s'y est jamais plus présentée.

Consultations Médico-Chirurgicales

APPENDICITE

INFORMATIONS CLINIQUES. — Rien de plus varié que les formes cliniques de l'appendicite. On peut cependant les grouper en un certain nombre de types.

1° Un individu, souvent sujet à des troubles intestinaux, est pris soudain d'une douleur vive au pourtour de l'ombilic ou dans la partie inférieure droite de l'abdomen ; en même temps il présente des vomissements alimentaires, que l'on rapporte à une indigestion. On le trouve pâle, anxieux, les traits tirés mais non grippés. La plus grande partie de l'abdomen est sensible. Il y a de l'hyperesthésie marquée autour de l'ombilic et dans la fosse iliaque droite. Le maximum de la douleur à la pression du doigt répond à un point occupant le milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite ou un peu en dessous (point de Mac Burney). La palpation profonde est mal supportée et donne peu de renseignements en raison de la défense de la paroi (contraction musculaire). La température est un peu plus élevée que la normale, (quelques dixièmes de degré à un degré et demi). Le pouls bat 100, 110 pulsations à la minute. On assiste à un *début d'appendicite*.

2° Quelques heures avant votre arrivée le malade a ressenti de violentes coliques ou une douleur pongitive dans la fosse iliaque droite, plus souvent des douleurs diffuses dans tout l'abdomen. Des nausées, puis des vomissements répétés, muqueux, verdâtres, amers sont apparus. Le ventre est à peine ballonné, partout sonore et très sensible. La face est contractée, grippée. La température n'est pas très élevée, quelquefois même au-dessous de la normale, mais le pouls est très fréquent, petit, dépressible. Les phénomènes généraux s'accusent avec une grande rapidité. Le teint se plombe, les yeux s'excavent s'entourant d'une auréole noirâtre, les extrémités se refroidissent et prennent une teinte axphyxique. Le malade s'agite, du subdélirium se montre, ou bien, le malade déclare qu'il se trouve très bien, qu'il ne souffre pas. Vous avez affaire à une *appendicite avec intoxication suraiguë*.

3° Vous voyez un malade trois ou quatre jours après le début d'une appendicite. Les vomissements d'abord espacés et alimentaires sont devenus plus fréquents et porracés. La constipation est opiniâtre, ou bien il y a eu une ou deux selles fétides peu abondantes. Le ventre est ballonné, météorisé, douloureux dans presque toute son étendue. A la palpation la douleur a son maximum dans la fosse iliaque droite. La soif est vive, la langue sèche. Le facies est nettement grippé, péritonéal. La température a monté progressivement, elle atteint 39°, parfois davantage. Le pouls est fréquent, 120 à 130. Vous êtes en présence d'une *appendicite avec péritonite*, étendue à la plus grande partie sinon à la totalité de l'abdomen.

4° Voici un malade arrivé au cinquième ou au sixième jour d'une appendicite. Que le début ait été brusque et violent, ou au contraire insidieux, marqué par quelques douleurs fugaces et quelques vomissements, les phénomènes se sont localisés dans la fosse iliaque droite et dans son voisinage immédiat. Il existe à la pression une douleur au point de Mac Burney. La palpation fait sentir une rénitence, une sorte de gâteau ou de boudin derrière la paroi. Les phénomènes généraux sont ceux d'une fièvre assez vive. Température oscillant entre 38° et 39°. Pouls assez rapide. Il s'agit d'un *abcès appendiculaire*.

5° Un autre malade arrivé au cinquième ou sixième jour d'une appendicite, après avoir présenté les mêmes localisations de douleur, des vomissements, une constipation opiniâtre et une fièvre assez vive pendant les deux ou trois premiers jours, a vu tous ces phénomènes s'amender. Les vomissements ont cessé, la température est descendue peu à peu au voisinage de la normale. Une ou plusieurs garde-robes abondantes et fétides se sont produites. Vous palpez la région de la fosse iliaque droite, qui est redevenue souple, bien qu'encore un peu sensible, vous ne trouvez rien d'appréciable. L'*appendicite s'est terminée par résolution*.

6° Chez ce même malade, vous êtes appelé à constater à intervalle de quelques mois plusieurs accidents analogues et, dans leur intervalle, des troubles gastro-intestinaux sont habituels. Vous avez affaire à des crises ou coliques appendiculaires, à une forme d'*appendicite à répétition*.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — L'appendice est un diverticule de l'intestin, toujours situé en plein péri-

toine. Quel que soit son siège, sa longueur, son volume, ses inflammations auront toujours pour effet d'impressionner la séreuse péritonéale. Cette notion domine toute la thérapeutique de l'appendicite.

L'inflammation est-elle légère, bornée à une simple folliculite ? ; elle n'aura pour conséquence le plus souvent que quelques adhérences de l'extrémité de l'appendice aux organes voisins. Est-elle plus intense, a-t-elle envahi toute l'épaisseur des parois appendiculaires ? ; l'infection atteint le péritoine avoisinant dans une plus ou moins grande étendue, en rapport avec le degré de virulence des agents microbiens ; un abcès périappendiculaire, limité par des adhérences, se forme ; parfois des fusées purulentes, des nappes de pus s'étendent à distance au milieu des anses intestinales ou le long des parois abdominales. L'inflammation est-elle très intense, nécrosante ? ; une perforation de l'appendice se produit ; si celle-ci est très rapide le péritoine est surpris avant que des adhérences aient pu opposer une barrière salutaire ; dans le cas contraire, c'est-à-dire quand la perforation ne se produit que quelques jours après le début de l'affection, il y a plus de chances pour que des adhérences se soient produites et que l'affection reste limitée. Enfin, des poussées successives et modérées d'appendicite créent le plus souvent, mais non toujours, tout autour de la région appendiculaire des barrières protectrices, qui limitent l'invasion de la séreuse péritonéale, si une poussée plus forte et plus infectieuse se produit, et permettent d'espérer que le mal se limitera à un abcès.

L'infection du péritoine se produit donc dans tous les cas, tantôt très limitée, tantôt plus ou moins étendue, tantôt généralisée à toute la séreuse. Mais à quoi tient cette variabilité dans la marche de l'infection ? surtout à deux facteurs ; à la qualité et à la quantité de l'agent microbien, à la résistance du sujet.

On voit des malades qui meurent d'infection en vingt-quatre, trente-six heures, avant d'avoir eu le temps de faire de la péritonite. Si la virulence microbienne est moins prononcée, ou si les microbes sont déversés en moindre quantité en raison du siège de l'appendice ou de la direction de la perforation, des adhérences protectrices se forment.

La résistance du sujet joue aussi un grand rôle. Les jeunes gens et les adultes résistent mieux à l'infection que les jeunes enfants. Tous les états pathologiques antérieurs ou concomitants amoindrissent cette résistance et favorisent l'extension de la péritonite.

Donc, dans toute appendicite l'indication formelle et pressante est de limiter le plus possible l'infection et l'inflammation du péritoine et conséquemment l'intoxication générale de l'organisme. Il faut de plus soutenir les forces et l'énergie cardiaque, afin d'augmenter la résistance du malade à l'intoxication.

Pour remplir la première indication, certains auteurs déclarent qu'il faut toujours et aussi vite que possible supprimer la cause du mal, c'est-à-dire l'appendice. Partant de cette constatation, malheureusement trop vraie, qu'il n'existe aucun criterium au début d'une appendicite, qui permette au médecin d'affirmer la gravité ou la bénignité de l'affection, ils érigent en axiome que dès que l'appendicite est diagnostiquée, voire même soupçonnée, le ventre doit être ouvert et l'appendice reséqué.

Cette formule séduisante par sa simplicité ne saurait être adoptée en pratique: Il y a des appendicites bénignes, qui ne réclament pas la laparotomie au moins pendant la période aiguë. D'autre part toutes les périodes de l'appendicite ne sauraient se prêter avec facilité et sécurité à la recherche de l'appendice malade ; les recherches, si elles ne sont pas commandées par un état grave et pressant, peuvent être nuisibles, en détruisant des adhérences en voie de formation et en généralisant l'infection, qui tendait naturellement à se localiser.

Sans adopter la pratique de certains chirurgiens qui de parti pris attendent toujours que la période aiguë soit passée et n'interviennent qu'à froid, nous pensons qu'il faut se comporter différemment suivant les formes qui se présentent à notre observation, *a*) qu'il y a des cas où le traitement médical seul suffit, *b*) que dans d'autres faits il faut intervenir dès le début, et réséquer l'appendice, *c*) que d'autres fois il ne faut intervenir qu'au bout de quelques jours, réséquer l'appendice si on le trouve facilement, se contenter de drainer dans le cas contraire, *d*) qu'enfin dans les appendicites à répétition, il n'y a lieu de réséquer l'appendice qu'après la première ou la seconde récidive, c'est-à-dire quand il est démontré que cet organe est une source continuelle de danger pour l'organisme.

En résumé, nous verrons que la marche clinique de l'affection, et la pathogénie des accidents qui l'accompagnent, commandent habituellement l'intervention, et que rares sont les cas où l'abstention est possible. **La question la plus délicate, celle qui se pose le plus souvent, n'est pas de savoir s'il faut intervenir, mais quand il faut intervenir.** Nous discuterons les indications à propos des différentes formes d'appendicite.

TRAITEMENT. — **1° Appendicite au début.** — L'appendicite est une affection dont la marche est extrêmement variable. Il n'existe, au début aucun signe qui permette d'affirmer que l'affection sera bénigne ou grave.

a) **L'affection date de quelques heures.** — α) Lorsque vous êtes appelé dans les premières heures et que votre diagnostic est absolument certain, si vous pouvez **réunir toutes les conditions d'une opération aseptique,** cherchez à faire accepter au malade et à la famille une **intervention**

immédiate. L'opération sera simple, habituellement sans danger et efficace.

β) Si le diagnostic reste indécis, ou si, comme c'est le cas habituel, la famille du malade n'accepte pas une intervention aussi hâtive, prescrivez le **traitement médical** qui sera exposé plus loin.

Intervention. — Nous supposons l'intervention acceptée, après une désinfection soigneuse de la peau (n'oubliez pas que vous allez intervenir au milieu du péritoine) faites une incision légèrement courbe, commençant vers la partie moyenne du ligament de Fallope à deux centimètres au-dessus de ce ligament dont elle suit la direction jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure dépassée, d'une longueur à peu près égale au trajet déjà parcouru.

La paroi ouverte, réclinez l'épiploon, garnissez votre plaie de compresses éponges, et allez à la recherche de l'appendice que vous trouverez soit en dedans, soit en arrière du cœcum, détachez-le de ses légères adhérences et amenez-le au jour. Il est souvent gros, tuméfié, en érection.

A un centimètre et demi de l'insertion cœcale, placez sur le méso une bonne ligature à la soie que vous ramenez sur l'appendice, en serrant ici très doucement, car les parois se coupent avec une extrême facilité. Sectionnez au thermocautère, et détruisez la muqueuse, à fond, avec la pointe rougie. Si vous n'êtes pas absolument sûr de l'asepsie du foyer appendiculaire, drainez pendant quelques jours et fermez en partie la paroi, pour éviter l'éventration ultérieure.

b) **L'affection date de quelques jours.** — Il y a déjà eu une réaction péritonéale manifeste. La fosse iliaque droite est sonore dans toute son étendue ; mais il semble qu'il existe déjà un très léger empâtement. Ici l'expectation est à conseiller, surtout chez les enfants. Le péritoine est dans un travail de défense, des adhérences se forment qui limiteront l'infection. Mais expectation n'est pas synonyme d'inertie. On se tiendra **prêt à intervenir à la moindre alerte**.

Traitement médical. — En attendant on instaurera le traitement médical dont les points essentiels sont : Repos absolu au **lit**, dans la position dorsale ; **diète** complète, ne tolérer qu'un peu de lait coupé ; **opium** et **lavements** ; larges applications de **glace** sur tout l'abdomen.

La glace doit être appliquée en permanence, et si l'amélioration se fait sentir, on devra en continuer l'application deux jours après la disparition de tout point douloureux. On tiendra entre le sac de glace et la peau, un morceau de flanelle sèche, pour **éviter les gelures de la peau**. Si le sac de glace était trop lourd et trop pénible à supporter, on suspendrait le sac à un cerceau, qu'on obtiendra très facilement en coupant en deux un cercle de tonneau.

On se gardera bien de donner des purgatifs. **En pareil cas un purgatif peut être mortel.** Ceci est facilement compréhensible. Alors que le traitement doit chercher à favoriser la production des adhérences protectrices, le purgatif va amener des violentes contractions péristaltiques de l'intestin, rompre les adhérences et porter le pus à travers la cavité abdominale.

Ce traitement médical de l'appendicite permettra dans la plupart des cas d'éviter les complications si dangereuses du début, péritonite et infection.

Le résultat peut être différent : ou bien il se forme une collection purulente localisée, ou bien les accidents disparaissent, et il se forme un boudin un peu dur, non douloureux, formé par des adhérences. Nous verrons plus loin quelle est la conduite à tenir dans chacun de ces cas.

Malheureusement, malgré ces soins, deux graves complications peuvent survenir : l'infection et la péritonite.

2° Appendicite avec intoxication suraiguë. — Ces cas sont extrêmement graves et aboutissent à peu près fatalement à un désastre. Néanmoins on devra intervenir, tout en ne s'illusionnant pas trop sur les résultats de l'intervention. Presque toujours les malades meurent intoxiqués malgré l'opération, avant d'avoir le temps de faire de la péritonite.

Dans tous les cas, on devra aller à l'appendice, l'enlever, drainer les poches de sérosité s'il s'en trouve, essayer de remonter l'organisme par des injections répétées de **sérum artificiel**, soutenir le cœur dont le muscle faiblit, soit par la **spartéine**, soit par la caféine, faciliter la diurèse et l'élimination des toxines.

3° Appendicite avec péritonite ayant tendance à se généraliser. — Après quelques jours, où l'appendicite a paru être localisée à droite, les phénomènes péritonéaux se généralisent et s'aggravent. L'abdomen se météorise, devient douloureux dans toute son étendue. Les vomissements bilieux deviennent porracés. Le pouls faiblit. Le faciès devient grippé, franchement péritonéal.

Mais ne croyez pas toujours trouver un tableau clinique aussi complet. Il existe des formes ambulatoires de la péritonite où celle-ci se localise surtout dans le bassin. Nous avons vu un malade venir à pied à la maison de santé. Opéré le soir même, il avait deux litres de pus dans la cavité abdominale. Le lendemain, il était mort.

La menace de la péritonite est une indication formelle à l'intervention. Bien souvent vous ne réussirez pas à sauver vos malades. Mais dans des cas exceptionnels au moins, vous pourrez par une intervention hâtive et bien faite les guérir d'une affection qui, livrée à elle-même, sera toujours mortelle.

Faites une incision dans la fosse iliaque droite, mais, si le pus a fusé dans toute la cavité abdominale, n'hésitez pas à pratiquer des contre-ouvertures sur la ligne médiane ou dans la fosse iliaque gauche. Placez de gros drains dans chaque ouverture, et lavez abondamment le péritoine à l'eau bouillie légèrement salée. Laissez vos incisions ouvertes et faites un large pansement absorbant.

Essayez de remonter votre malade par les injections de **sérum**, soutenez le cœur par des injections de **spartéine, de caféine, d'éther** et vous aurez parfois, trop rarement hélas, la satisfaction de sauver votre malade.

4° **Abcès appendiculaire.** — Les phénomènes qui au début semblaient intéresser le péritoine dans sa totalité, se sont localisés. Il s'est formé un boudin dans la fosse iliaque, un plastron, quelquefois même une tumeur franchement fluctuante. L'indication est formelle. **Il faut aller au pus, il faut opérer.** N'attendez pas que la suppuration envahisse la paroi ; l'abcès peut se rompre dans la péritoine. N'attendez pas davantage que vous sentiez nettement la fluctuation. Ne perdez pas un temps précieux.

Où faut-il pratiquer l'incision ? Ceci dépend un peu de la position de la collection purulente, on devra toujours chercher à atteindre le pus par le plus court chemin, en évitant avant tout d'infecter la grande séreuse péritonéale.

a) **Cas du phlegmon prœ-cœcal.** — Le cas le plus simple, est celui du phlegmon prœ-cœcal adhérent à la paroi abdominale. Désinfectez la peau, mais recommandez à vos aides de procéder dans l'examen ou le **brossage de la peau** avec la **plus grande douceur** : Une pression un peu forte suffit à rompre l'abcès dans la cavité abdominale.

Notez le point où vous percevez le mieux, sinon la fluctuation, du moins la rénitence. Incisez à ce niveau. Arrivé au niveau du péritoine, procédez plus lentement. Réclinez, si besoin est, l'artère épigastrique. Le feuillet péritonéal est épais, verdâtre, lardacé. Un coup de sonde cannelée va donner issue à du pus fétide. Agrandissez votre incision et videz la poche.

Faut-il chercher l'appendice ? Explorez de l'œil et du doigt la cavité de l'abcès. Si l'appendice se présente à vous facilement, enlevez-le au thermocautère. Voyez s'il ne reste pas de loges purulentes accessoires, mais ne poussez point plus loin vos recherches et gardez-vous de rompre les adhérences intestinales, qui, seules, protègent le malade contre la péritonite.

Placez deux **drains** ayant au moins un centimètre de diamètre, jusqu'au fond de la poche, dans les diverticules s'il en existe, **ne vous servez pas de gaze**, la gaze fait bouchon et draine mal.

Lavez la poche avec de l'**eau oxygénée** à 4 volumes. Assujettissez les drains à la paroi par deux crins de Florence. Rétrécissez les extrémités de votre incision pour diminuer les chances d'éventration ultérieure. **Pratiquez des pansements quotidiens**, lavages de la poche à l'eau oxygénée, larges pansements absorbants. Vers le dixième jour coupez les fils et laissez rejeter les drains peu à peu du fond vers la surface.

b) **Cas de l'abcès rétro-cœcal.** — La palpation nous permet de constater qu'il y a profondément dans la fosse iliaque un boudin, voire même une collection. Mais il existe de la sonorité en avant. La pression en arrière, au-dessus de la crête iliaque est très douloureuse.

α) *Abcès volumineux.* — Faites votre incision très près, à un travers de doigt seulement de l'épine iliaque antéro-supérieure. Arrivé sur le péritoine, vous constatez que le feuillet pariétal n'a pas subi de modification ; par transparence vous apercevez l'intestin. Restez en dehors, décollez le péritoine, en vous gardant de l'ouvrir, jusqu'à ce que vous arriviez profondément dans la fosse iliaque. Vous verrez bientôt le péritoine s'épaissir, devenir lardacé, verdâtre. A ce niveau donnez un coup de sonde cannelé avec précaution. Le pus va sourdre. Introduisez votre doigt et agrandissez l'incision, détruisez les loges accessoires, et drainez ; si le drainage se fait mal, faites au besoin une contre-ouverture à la région lombaire ; donnez ensuite les mêmes soins que pour le cas précédent. Ceci est simple pour l'abcès rétro-cœcal volumineux, mais d'autres éventualités peuvent se présenter.

β) *Abcès peu volumineux.* — Vous faites votre incision, vous ouvrez le péritoine et vous trouvez la cavité péritonéale absolument libre. Le cœcum, placé en avant, coiffe et recouvre un abcès appendiculaire gros comme une mandarine.

Si vous êtes bien aidé, bien éclairé, abondamment pourvu de compresses éponges, il faut **tenter l'extirpation de la poche et de l'appendice** comme s'il s'agissait d'un pyo-salpynx. Après avoir garni de compresses l'intestin et le péritoine, essayez de libérer le cœcum, videz au besoin la poche par aspiration avec le Potain, puis décortiquez et enlevez l'appendice. Essuyez bien la région, désinfectez et faites un drainage soigneux.

Mais si vos moyens sont limités, si vous manquez de compresses éponges, **il ne faut point tenter une intervention aussi périlleuse**. Contentez-vous d'aller chercher l'épiploon, suturez-le par quelques points de catgut à la paroi antérieure du cœcum et au feuillet péritonéal pariétal, décollez légèrement la poche en dehors et glissez un drain dans ce plan de clivage, pansez à plat. Au bout de vingt-quatre heures, des adhérences se seront formées qui isoleront votre champ opératoire, et, si l'abcès vient à s'ouvrir, empêcheront l'infection péritonéale. Vous pourrez alors traiter l'abcès comme dans les cas précédents.

c) **Abcès appendiculaires à siège anormal.** — Enfin on peut trouver des abcès appendiculaires un peu partout, à travers la cavité abdominale, dans le flanc gauche, autour de l'ombilic, entre la vessie et le rectum, dans la région hépatique, etc. On se rappellera que ces abcès peuvent être ou bien des abcès consécutifs à une inflammation d'un appendice ectopié, ou bien des abcès secondaires migrateurs, si l'on veut, avec une appendicite au siège normal.

Le praticien devra se conformer dans chaque cas à la

règle unique. **Aller au pus, et l'évacuer en évitant l'infection du péritoine**. Il devra se guider suivant chaque cas particulier, faire une incision antérieure, lombaire, vaginale au besoin. Nous ne pouvons envisager ici tous les cas, si complexes, que l'on peut rencontrer dans la pratique.

5° **Appendicite chronique ; Appendicite à répétition**. — Quelques mois après une attaque d'appendicite heureusement terminée par résolution, à la suite de quelques écarts de régime, d'un voyage en chemin de fer, les accidents primitifs réapparaissent, tantôt plus graves, parfois moins sérieux. Le traitement médical a encore raison de cette alerte. Mais le malade qui se sent menacé demande à être débarrassé.

A quel moment convient-il d'opérer ? Combien de temps après une crise aiguë, l'appendicite peut-elle être opérée « à froid » ? Les avis sont partagés, car les cas eux-mêmes sont variables. Certains malades ont des rechutes presque à époques fixes, et il faut tenir compte de cette indication. Dans la grande majorité des cas, on pourra **intervenir deux mois après une crise aiguë**. Des recherches bactériologiques ont montré que dans certains cas, le pus, trouvé six semaines après la crise, autour d'un appendice, était stérile. Deux mois constituent donc une bonne moyenne. Cette période sera augmentée, si la convalescence est longue, si la douleur persiste, avec une sensibilité péritonéale assez accusée.

Le manuel opératoire sera identique à celui qui a été déjà indiqué. **Préférez l'incision latérale** à l'incision médiane, vous verrez plus clair dans la région cœcale, et vous risquerez moins d'infecter la grande séreuse dans le cas où il resterait quelques colonies microbiennes virulentes. **Servez-vous plus du thermocautère que des ciseaux** pour détruire les adhérences ; c'est le meilleur antiseptique et hémostatique. La recherche et la libération de l'appendice enfoui au milieu d'une gangue d'adhérences sont souvent très pénibles. Procédez doucement pour ne pas ouvrir le cœcum. Vous arriverez ainsi à libérer complètement l'appendice et à l'enlever. S'il existait une perforation intestinale, vous la traiteriez par les procédés ordinaires : suture à la soie fine, en ayant soin de ne pas serrer trop fortement, les tissus inflammatoires se coupant avec la plus grande facilité. Drainez pendant quelques jours et immobilisez l'intestin.

6° **Appendicite tuberculeuse**. — Cette variété d'appendicite a une marche clinique et un traitement bien particuliers. Ici les symptômes locaux du début sont beaucoup moins dramatiques. Il s'agit d'un malade jeune, qui depuis quelque temps, maigrit beaucoup, a des sueurs nocturnes. Il se plaint depuis quelques jours de son flanc droit. La palpation permet de constater la présence d'une tuméfaction peu douloureuse, dont les limites peu précises se perdent dans le reste de la cavité abdominale.

Ici, en dehors du traitement général qui est celui de toutes les tuberculoses, et sur lequel nous ne nous appesantirons pas, il faut intervenir, et d'autant plus volontiers qu'on se rappellera que nombre de péritonites tuberculeuses guérissent par la simple laparotomie.

C'est donc une **laparotomie latérale** que l'on pratiquera ; s'il existe une poche contenant du pus grumeleux, on l'ouvrira et la drainera, comme un abcès froid ordinaire, et on aura parfois l'heureuse surprise de voir le malade guérir à la fois de sa tuberculose appendiculaire et de sa tuberculose péritonéale.

7° **Complications et suites de l'appendicite et de l'intervention**. — Le praticien pourra observer quelques complications comme suite de l'appendicite, ou du traitement chirurgical. Ces complications qu'il devra traiter, parfois même prévenir, sont les fistules stercorales et l'éventration.

Fistules stercorales. — Il est relativement fréquent d'observer quelques jours après une ouverture d'abcès appendiculaire la présence de matières fécales dans le pansement. Ceci tient à ce fait que l'appendice s'est détaché, et que par l'orifice cœcal sort le contenu intestinal.

Ces fistules stercorales sont généralement d'un pronostic bénin et guérissent dans la grande majorité des cas spontanément en quinze à vingt jours. Les fistules consécutives à la tuberculose appendiculo-cœcale sont beaucoup plus tenaces et tiennent le plus souvent à une ulcération de la paroi du cœcum. Quand ces fistules persistent, on doit leur opposer un traitement chirurgical sur lequel nous ne pouvons nous appesantir ici. C'est le traitement général des fistules pyo-stercorales.

Eventration. — L'éventration est une conséquence fréquente, facile à éviter de l'intervention chirurgicale. Comme dans cette opération on ne rétablit à peu près jamais les plans de la paroi, les muscles se rétractent, et lors du résultat final, le péritoine n'est guère séparé de la peau que par un mince feuillet fibreux. Aussi, si l'on ne fait pas porter au malade une bonne **ceinture hypogastrique**, l'éventration est presque fatale.

Le médecin ne devra donc pas permettre à son malade de se lever sans ceinture. Ce sera le moyen le plus simple et le plus efficace de lui éviter cette complication si gênante et si pénible.

Professeur L. DUBAR et Docteur G. POTEL.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

L'art dentaire en Amérique

Tout le monde sait qu'il n'est point de pays où l'art du dentiste soit plus florissant qu'en Amérique. C'est une des premières choses que constate l'étranger débarquant à New-York et M. Paul BOURGET a noté, dans son *Outremer*, le nom-

bre vraiment incroyable, non seulement d'hommes, mais même de jolies femmes chez qui d'étincelantes plaques d'or ajoutent encore à l'éclat du sourire. Une statistique récemment publiée évalue à trois millions le nombre des dents artificielles posées au cours de la seule année dernière, par les dentistes yankees. Ces praticiens étant au nombre de 12.000 dans les Etats-Unis, cela fixe à deux cent cinquante environ le chiffre moyen des dents postiches que chacun d'eux a greffées pendant ces douze mois, sur les gencives de ses contemporains. Et il n'est fait état, dans cette statistique, que de l'or consommé par l' « odontoplastie ». Il y faut joindre encore la masse, qui n'est point négligeable, des métaux précieux que nécessitent les divers procédés de simple « restauration ». On évalue à cinq cent mille dollars le stock d'or immobilisé par les aurifications, à cent mille dollars celui de l'argent et du platine employés aux plombages. Comme on n'a pas l'habitude de retirer aux défunts leurs dents artificielles, il a été calculé qu'on enterre actuellement, chaque année, dans les Etats-Unis une quantité d'or qui dépasse un demi-million de dollars. Le statisticien qui a fait ce calcul ne va pas jusqu'à proposer la mise en exploitation des cimetières américains ; mais il ne peut s'empêcher de remarquer que l'Alaska et le Transvaal sont seuls à posséder de plus riches placers. (*Débats*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Convention entre médecin et chef d'industrie. Action des ouvriers contre le médecin.

Les cas doivent être fréquents, principalement dans la région du Nord, où des chefs d'industrie passent avec un médecin une convention par laquelle le médecin s'oblige à donner ses soins aux ouvriers de l'usine, de la manufacture, de l'entreprise, qui seraient victimes d'accidents dans l'exécution de leur travail. Semblable convention donne-t-elle aux ouvriers un droit à l'encontre du médecin ? Leur ouvre-t-elle une action directe contre le médecin, soit pour le contraindre à leur donner ses soins, soit en cas de refus, pour le faire condamner à des dommages-intérêts à raison de l'inexécution de la convention ?

Dans une espèce où il s'agissait d'un contrat entre un médecin et l'entrepreneur de la construction d'une voie ferrée, la Cour de Pau, par arrêt du 1er Mai 1900, a dénié aux ouvriers de l'entreprise toute action directe contre le médecin, décidant « que seul, l'entrepreneur pourrait réfléchir contre son médecin l'action en responsabilité dirigée contre lui par un des ouvriers pour défaut de soins ».

Mais l'annotateur de cet arrêt, au Recueil de Dalloz, 1902, II, 33, fait observer avec raison qu'on ne saurait admettre cette solution en thèse absolue. Et il propose de s'attacher à une distinction entre le cas où le traité intervenu entre le médecin et le chef d'industrie a été passé dans l'intérêt de ce dernier, et le cas où le patron a stipulé au nom et pour le compte de ses ouvriers.

Si le traité intervenu entre le médecin et le chef d'industrie a été passé par ce dernier dans son intérêt exclusif et personnel, par exemple, en vue d'alléger les risques de responsabilité lui incombant en cas d'accident, le contrat est au regard des ouvriers *res inter alios acta*, convention dont ils ne peuvent pas se prévaloir ; et, par suite, ils sont sans qualité pour réclamer directement au médecin l'exécution de cette convention.

Si, au contraire, il apparaît que le chef d'industrie, en passant la convention avec le médecin, a stipulé au nom et pour le compte de ses ouvriers, ceux-ci pourront réclamer au médecin l'exécution de la convention, par une action directe, soit comme s'ils avaient pris une part personnelle et directe à la conclusion de cette convention. La loi française admet, en effet, qu'une personne, qui est restée étrangère à une convention, peut néanmoins en revendiquer le bénéfice, soit parce que l'un des contractants a stipulé pour cette personne (art. 1121 C. civ.), soit parce qu'il s'est constitué le gérant d'affaires de cette personne (art. 1372 et 1374 C civ.).

Reste donc seulement à savoir quand on se trouvera en présence d'une *stipulation pour autrui* ou en présence d'une *gestion d'affaires*. Mais ceci est une question d'espèce. Souvent, les termes de la convention, écrite ou verbale, intervenue entre le médecin et le chef d'industrie, ne laisseront aucun doute sur la solution que comporte cette question. Dans le cas contraire, on consultera les circonstances, et on s'enquerra notamment du point de savoir sur qui pèse, en définitive, la charge des honoraires promis au médecin. Si ces honoraires sont, par exemple, acquittés en tout ou en partie, au moyen de prélèvements opérés sur les salaires des ouvriers, il y aura là une circonstance indiquant suffisamment que le patron, bien qu'il ait figuré seul dans la convention avec le médecin, a, en réalité, stipulé au nom et pour le compte de ses ouvriers. Ceux-ci auront, par suite, une action directe contre le médecin.

C'est, en somme, l'application, par analogie, des règles admises au cas d'assurance collective contractée par un patron au profit de ses ouvriers. Dès lors qu'un patron assure ses ouvriers contre les risques professionnels, collectivement et même sans leur participation, moyennant une prime prélevée sur leurs salaires, il est considéré comme leur gérant d'affaires. En consentant à la retenue sur leurs salaires, c'est-à-dire en payant les primes au moyen de cette retenue, les ouvriers s'approprient cette gestion d'affaires. Il en résulte la formation d'un lien de droit entre l'assureur et les ouvriers, lien de droit qui donne à ces derniers une action directe pour obliger l'assureur au versement de l'indemnité convenue en cas d'accident.

J. Jacquez.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Association des Anatomistes

L'Association des Anatomistes vient de tenir sa 4e réunion à Montpellier, sous la présidence de M. le professeur SABATIER. Plus de 60 membres y assistaient. Parmi les savants étrangers on remarquait : MM. BARDELEBEN, BUGNION, R. y CAJAL, ETERNAD, FUSARI, JULIN, KEIBEL, ROMITI, SWAEN, WALDEYER, VAN DER STRICHT, etc... Plus de 30 communications ont été faites, suivies de nombreuses démonstrations. Une excursion aux laboratoires maritimes de Cette et de Banyuls a complété cette session.

La prochaine réunion aura lieu à Liège sous la présidence de M. le professeur SWAEN (MM. JULIN, VAN DER STRICHT, FRANCOTTE, vice-présidents), du 6 au 8 avril 1903.

Les Congressistes lillois étaient M. le professeur LAGUESSE, MM. JOUVENEL et LOOTEN, étudiants en médecine.

La célébration du **Centenaire de l'Internat en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux de Paris** est fixée au 24-25 mai, la date du 13 avril n'ayant pu être conservée en raison de la période électorale.

Le programme est ainsi arrêté : Samedi 24 mai : A 2 heures, Séance solennelle dans la Salle des Fêtes du Trocadéro ; à 7 h. 1/2, Banquet au Palais d'Orsay. Dimanche 25 mai : A 2 heures, Inauguration du monument élevé dans la Cour d'honneur de l'Hôtel-Dieu à la mémoire des Internes morts victimes de leur dévouement ; à 8 h. 1/2, Représentation à l'Opéra-Comique, au bénéfice de l'Association amicale des Internes et Anciens Internes.

— Une circulaire a été adressée le 8 avril à tous les internes et anciens internes : cette circulaire contient des renseignements essentiels pour tous ceux qui veulent participer au Centenaire (chemins de fer, représentation, médaille, etc.), les Souscripteurs qui ne l'auraient pas reçue sont priés de le faire savoir au Trésorier, 2, rue Casimir-Delavigne.

UNIVERSITÉ DE LILLE

SOUTENANCE DE THÈSE

M. P. DURIEUX, de Pont-sur-Sambre (Nord), a soutenu, avec succès, le mercredi 9 avril, sa thèse de doctorat (6e série, n° 74), intitulée : **Etude sur les angines aiguës à pneumocoques.**

— Nous relevons parmi les récentes promotions dans le **Corps de santé militaire** la désignation de MM. les docteurs LE MITOUARD, médecin major de 2e classe, pour le 23e dragons à Sedan ; LORENTZ, aide-major de 1re classe, pour le 12e chasseurs à cheval à Saint-Mihiel ; BLANCHARD, promu major de 1re classe et désigné pour le 33e d'infanterie à Arras.

Notre Carnet

Le 5 avril a été célébré le mariage de notre excellent et distingué confrère M. le docteur P. DEMOULIN, de Croix, avec Mademoiselle MADELEINE DUMOULIN. Nous adressons aux jeunes époux nos meilleurs compliments et souhaits.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Toulouse. — M. le docteur AUDEBERT, agrégé, est chargé d'un cours de clinique obstétricale.

Lyon. — M. le docteur BORDIER, agrégé, est chargé d'un cours de physique médicale en remplacement de M. le docteur MONOYER, en congé pour raisons de santé.

M. le docteur JABOULAY, agrégé des Facultés, est nommé professeur de pathologie externe.

Alger. — M. le docteur BRAULT est nommé professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées.

M. le docteur BRUCH est nommé professeur de clinique ophtalmologique.

M. le docteur VINCENT est nommé professeur de clinique chirurgicale.

M. le docteur CURTILLET, est nommé professeur de clinique des maladies des enfants.

Caen. — M. le docteur MARAIS est nommé, après concours, chef de clinique médicale.

Besançon. — M. le docteur PRIEUR, professeur d'histologie, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite école.

Grenoble. — M. le docteur LEPINE est nommé chef des travaux de physiologie.

Poitiers. — M. le docteur FAIVRE est nommé professeur de clinique médicale.

Limoges. — M. le docteur EYMERI, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé d'un cours de physiologie.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Sont nommés *Chevaliers* : MM. les docteurs GUIMBAIL, de Monaco ; RIGODON, de Montbrison (Loire).

Instruction publique. — Est nommé *Officier de l'Instruction publique* : M. le docteur BREUCQ, de Bayonne.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Adolphe HENROT, de Reims (Marne) ; FLEUROT, de Dijon ; DEMOREY, de Gevrey-Chambertin (Côte-d'Or).

CABAUD, interne des hôpitaux de Lyon.

Guide pratique d'Histologie Normale et Pathologique, *Technique et Diagnostic*, par L. ALQUIER et E. LEFAS, internes des Hôpitaux de Paris, préface par V. CORNIL, professeur à la Faculté de Médecine de Paris. 1 vol. in-8 de 423 p., avec 151 fig. noires et color. **12 fr.** (J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Le livre que publient MM. Alquier et Lefas répond parfaitement à son titre de *Guide pratique d'histologie*. Dans son format petit in-8, en 423 pages dans un texte compact, mais éclairé par 151 figures, il réalise le type parfait du manuel. Et l'on est étonné du nombre et de la valeur des documents qu'il contient sous un si petit volume.

C'est d'abord le choix des appareils de laboratoire, le microscope, les microtomes, puis tous les réactifs avec leur composition chimique, leur mode d'emploi, leur action fixative et colorante, les méthodes d'enrobement, de montage au collodion, à la celloïdine, à la paraffine, et les coupes à main levée et au microtome.

Le *Guide pratique* de MM. Alquier et Lefas n'aurait eu pour but que d'initier à l'emploi des réactifs fixateurs et tinctoriaux par un exposé suffisamment détaillé pour que le lecteur puisse mener à bien les préparations des divers tissus et organes, depuis leur prélèvement jusqu'à la coloration et à la conservation des coupes, qu'il aurait rendu un signalé service à ceux qui veulent travailler isolément et sans guide aussi bien qu'aux élèves de nos laboratoires. En fait de technique, le lecteur doit trouver tout ce qui lui est utile pour opérer seul ; on doit lui donner les meilleurs procédés et les plus récemment découverts. C'est ce qu'ont fait MM. Alquier et Lefas ; leur livre contient toutes les nouvelles méthodes, en particulier celles de van Gieson, de Weigert, de Nissl, de Ramon y Cajal, de Pal, de Golgi, etc., pour le système nerveux ; de Malassez, Hayem, Ehrlich, Rahl, Dominici, etc., pour les éléments du sang.

En même temps que la *technique*, MM. Alquier et Lefas donnent un précis de l'*histologie normale* de tous les tissus et de tous les organes. Leurs descriptions sont suffisantes pour donner la compréhension nette des faits que complètent les figures en noir et en couleurs, dessinées par les auteurs. Descriptions et figures gagnent en précision et en clarté ce qu'elles perdent en étendue. C'est tout bénéfice pour l'étudiant, désireux d'apprendre vite et bien, sans trop approfondir. Il est nécessaire de connaître à fond son sujet pour l'exposer avec la netteté et l'exactitude qui caractérisent ce *Guide pratique*.

MM. Alquier et Lefas on traité par surcroît l'*histologie pathologique*, à l'occasion de chacun de leurs chapitres sur les tissus et organes. C'est ainsi que l'on trouvera l'histoire des altérations du sang, celle de l'inflammation, des tumeurs, des lésions de tous les organes, cœur, glandes, foie, tube digestif, organes génitaux, cerveau, moelle, vaisseaux, etc. Les travaux de M. Ranvier et de moi-même, de MM. Brault, Gombault, Dominici, etc., sont amplement cités et analysés.

Je ne saurais trop remercier les auteurs de ce *Guide pratique* d'avoir si bien compris, résumé et vulgarisé notre enseignement de l'histologie pathologique.

Professeur V. CORNIL.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

12e ET 13e SEMAINES, DU 16 AU 29 MARS 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	13	8
3 mois à un an	23	13
1 an à 2 ans	16	12
2 à 5 ans	5	7
5 à 10 ans	3	1
10 à 20 ans	3	3
20 à 40 ans	15	12
40 à 60 ans	17	13
60 à 80 ans	19	18
80 ans et au-dessus	5	15
Total	119	102

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	8	20	29	56	21	27	15	46	47	7	5	281
TOTAL des DÉCÈS	19	20	20	57	17	26	16	8	27	2	9	221
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: Autres causes de décès	8	8	8	24	5	9	8	3	11	1	3	88
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculoses	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Méningite tuberculeuse	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	2
Phthisie pulmonaire	3	3	1	7	4	6	1	2	6	1	»	34
Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	2	2	4	5	1	»	2	1	4	»	3	24
Maladies organiques du cœur	»	1	»	4	1	3	»	»	2	»	1	12
Bronchite et pneumonie	3	4	5	6	4	5	2	2	2	»	1	34
Apoplexie cérébrale	1	»	»	2	»	1	1	»	2	»	»	7
Autres	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Coqueluche	»	1	»	7	»	»	2	»	»	»	1	11
Croup et diphtérie	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Rougeole	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	2
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 275. Sixième Année. N° 16 Le Numéro : 10 centimes. 20 Avril 1902

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur l'emploi du lait stérilisé industriellement dans l'alimentation des nourrissons des grandes villes (1)

par le docteur **M. Oui.**
agrégé des Facultés de médecine
chargé du cours complémentaire d'accouchement à l'Université de Lille

La discussion soulevée par mon ami VARNIER au sujet de l'emploi du lait stérilisé à 110° dans l'allaitement et au moment du sevrage présente un intérêt considérable.

Si, en effet, de l'avis unanime, le lait stérilisé industriel ne présente que de minimes inconvénients lorsqu'il est associé à l'allaitement au sein, les accusations dont il est l'objet, en tant qu'aliment exclusif, doivent nous préoccuper sérieusement.

Bien que le plus grand nombre des mères soient capables ou d'allaiter complètement leur enfant ou de pratiquer tout au moins l'allaitement mixte, il n'en reste pas moins que certaines mères, malgré leur bonne volonté, sont incapables de nourrir, alors que leur situation sociale ou quelque cause pathologique ne leur permet pas d'avoir recours à une nourrice mercenaire.

Dans ce cas, faut-il rejeter complètement le lait stérilisé industriel et le remplacer par le lait bouilli ou par le lait stérilisé à l'aide de l'appareil GENTILE ?

Pour résoudre la question par l'affirmative, il faudrait établir, d'abord, que le lait stérilisé à 110° est le facteur véritable des maladies telles que le rachitisme, la maladie de BARLOW ou les troubles gastro-intestinaux tardifs dont on l'accuse d'être la cause.

Il serait nécessaire, en second lieu, de prouver que le lait bouilli ou stérilisé à domicile ne présente pas les mêmes inconvénients.

Ni l'une ni l'autre de ces démonstrations ne me paraît avoir été faite.

La consommation du lait stérilisé industriel a pris dans ces dernières années un développement considérable. Si ses méfaits étaient aussi grands qu'on le dit, la maladie de BARLOW et le rachitisme auraient dû devenir singulièrement fréquents. Or, le rachitisme ne paraît pas avoir augmenté et la maladie de BARLOW demeure une rareté pathologique.

Restent les troubles digestifs tardifs. A ce point de vue, il me paraît téméraire d'accuser le seul lait stérilisé à 110°. Que l'allaitement pratiqué avec ce produit donne assez fréquemment des enfants pâles,

(1) Communication à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie.*

bouffis et flasques, c'est chose indéniable ; mais j'ai constaté souvent le même résultat chez des enfants nourris avec du lait frais (ou prétendu tel) bouilli ou stérilisé à domicile et que préfère M. Guinon.

Je connais pas mal d'enfants nourris au sein jusqu'à onze ou douze mois, soumis, au moment du sevrage, à l'alimentation par le lait bouilli, paraissant, par conséquent, se trouver dans les meilleures conditions possibles et qui, vers l'âge de dix-huit mois à deux ans, et même deux ans et demi, ont présenté des accidents gastro-intestinaux (le plus habituellement, de l'entérocolite) à allures parfois graves et, en tout cas, extrêmement tenaces. *Tous ces enfants étaient des suralimentés* et ont été guéris par un régime alimentaire bien réglé.

Que si ces enfants avaient été nourris de lait stérilisé à 110°, on n'eût pas manqué de l'accuser de méfaits dont il eût été parfaitement innocent et dont l'alimentation trop copieuse, au moment du sevrage, est bien souvent responsable, ainsi que le régime lacté trop prolongé.

J'ajoute que si le lait stérilisé à 110° ne me paraît nullement inférieur au lait bouilli ou stérilisé à domicile quant à l'avenir des nourrissons, je le trouve infiniment plus sûr en ce qui concerne les résultats immédiats, au moins dans les grandes villes.

C'est pure chimère, en effet, que de croire à la possibilité de se procurer du lait frais, dans la plupart des grandes villes, à moins qu'on n'accorde généreusement ce qualificatif de frais à du lait trait depuis cinq ou six heures. Le conseil de M. Guinon, d'employer le lait frais stérilisé à domicile, n'est en réalité, applicable qu'à la campagne.

Serait-il même facile de se procurer du lait frais dans toutes les grandes villes que le lait stérilisé industriel conserverait encore, à un point de vue autre que la stérilisation, un avantage sérieux, au moins dans certaines régions.

Dans le Nord, par exemple, où la culture industrielle a pris un développement considérable, les bestiaux sont habituellement, ou tout au moins fréquemment, nourris avec des drêches, des résidus de brasserie ou de distillerie. Cette alimentation exerce sur le lait, et secondairement sur les nourrissons, une fâcheuse influence signalée déjà par Roskam (de Liège).

J'ai eu tout récemment, chez deux fillettes âgées de quatre mois et demi et cinq mois, la démonstration de cette influence.

Dans le premier cas (allaitement artificiel), le nourrisson âgé de quatre mois et demi, et dont les parents habitent la banlieue de Lille, recevait du lait *frais* trait dans une ferme voisine et stérilisé quelques minutes après la traite à l'aide de l'appareil Gentile. Presque tous les repas étaient suivis de vomissements. Le poids de l'enfant augmentait à peine de quelques grammes par jour. Sur mes conseils, la mère s'enquit du mode de nourriture des bestiaux, et apprit que les vaches recevaient abondamment des drêches. Je fis prendre à l'enfant du lait stérilisé industriellement. Les troubles cessèrent et l'accroissement de poids devint absolument régulier.

L'autre enfant, âgée de cinq mois était soumise à l'allaitement mixte, le lait de vache entrant pour une moitié environ, dans son alimentation. Les mêmes vomissements se produisaient, malgré que le lait fût apporté, par suites de circonstances spéciales, une heure environ après la traite et immédiatement stérilisé. L'augmentation de poids était insignifiante. Je fis immédiatement employer le lait stérilisé industriel et tout rentra dans l'ordre. Quelques jours plus tard, après enquête faite, nous apprenions que les vaches qui avaient fourni le lait, cause de troubles digestifs, étaient nourries avec des drêches.

Pour avoir du lait *frais*, les habitants des villes, et en particulier, des grandes villes, seront toujours obligés de le prendre dans la banlieue. Certes, dans toutes les banlieues de grandes villes, la nourriture des animaux ne sera pas aussi défectueuse qu'elle l'est trop souvent dans le Nord ; mais il n'est pas téméraire de penser, cependant, que les environs des grandes villes ne permettent guère de nourrir les animaux dans d'aussi bonnes conditions que les pays de pâturages d'où provient habituellement le lait stérilisé industriellement.

Depuis la vulgarisation du lait stérilisé, les mères ont trop facilement cru que, seule, la qualité du lait importait à la santé des enfants. La stérilisation domestique ayant leur confiance au même degré que la stérilisation industrielle, elles ont paisiblement gavé les bébés de l'un ou de l'autre, suivant les circonstances, et, avec l'un comme avec l'autre, elles ont trop souvent abouti à produire des troubles digestifs.

La véritable cause de ces désordres, c'est la mauvaise réglementation de l'alimentation, et aussi, il faut bien le dire, cette idée fausse, trop répandue dans les familles, que l'allaitement artificiel est abso-

lument inoffensif du moment qu'on le pratique avec le lait stérilisé.

C'est à cette croyance que nous devons de voir trop souvent des enfants sevrés prématurément ou allaités artificiellement, alors que l'allaitement mixte eût été possible.

Il y a eu des déboires ; mais il serait injuste d'en faire supporter la responsabilité à tel ou tel mode de stérilisation.

Pour me résumer, je dirai que, en ce qui concerne les résultats immédiats, le lait stérilisé industriellement me paraît offrir le maximum de sécurité, tant au point de vue de la stérilisation qu'au point de vue de la composition.

Ses pernicieux effets tardifs ne me sont point démontrés, et, comme mon ami VARNIER, j'attends qu'on me les démontre pour cesser de l'employer.

Les convulsions de l'enfance

(Etiologie, symptômes, diagnostic et traitement)

par le docteur E. **Ausset**,
professeur agrégé, chargé de cours à l'Université de Lille (1)

(Je n'ai, bien entendu, en vue ici que les convulsions dites essentielles, idiopathiques, celles qui ne sont pas liées à des altérations des centres nerveux ; je n'entends m'occuper en aucune façon de celles qui sont symptomatiques de grosses lésions encéphaliques, telles que les tumeurs, les méningites, etc...)

Je n'ai pas l'intention de faire ici une étude complète aussi bien au point de vue étiologique qu'aux points de vue clinique et thérapeutique. Je désire seulement attirer l'attention sur quelques points particulièrement importants tant en ce qui concerne les conditions dans lesquelles se produit le syndrôme « convulsion » que pour ce qui touche la clinique et le diagnostic différentiel.

Bien des causes sont susceptibles de provoquer la crise convulsive, mais je ne crois pas qu'aucune puisse être comparée aux gastro-entérites aiguës ou chroniques. C'est en effet, dans ces cas, que s'observe le plus fréquemment les convulsions, à tel point que mis en présence d'un enfant qui vient d'avoir de l'éclampsie infantile, le premier devoir du clinicien est de porter son attention du côté du tube digestif.

Depuis 6 ans, en clientèle aussi bien qu'à l'hôpital, j'ai observé 83 cas de convulsions (généralisées ou localisées); sur ces 83 enfants, il y en a 70 qui étaient atteints de gastro-entérites chroniques, 1 avait une simple indigestion, et 5 de la gastro-entérite aiguë. Il n'en reste plus que 7 pour les causes étrangères aux toxi-infections gastro-intestinales et je note 1 cas, à l'occasion d'une lymphangite post-vaccinale, 3 cas de pneumonie, 1 cas de broncho-pneumonie, 2 cas de scarlatine.

Mais ici je m'empresse d'ouvrir une parenthèse. Dans tous les traités classiques, et les éminents rapporteurs de ce Congrès n'ont pas échappé à cette règle générale, on peut lire que le rachitisme est une cause fréquente de convulsions ; on sépare pour ainsi dire ici le rachitisme des gastro-entérites comme s'il s'agissait d'une cause de catégorie tout à fait spéciale, et je dirai presque comme si le rachitisme était capable de provoquer les convulsions en dehors et indépendamment de la gastro-entérite. Il faudrait pourtant enfin s'entendre une bonne fois sur cette question du rachitisme. Quest-ce que le rachitisme, en somme ? C'est l'aboutissant de la gastro-entérite chronique, c'est la traduction clinique par de grossières lésions de la souffrance imposée à tout l'organisme par les poisons élaborés au niveau de la muqueuse gastro-intestinale de l'enfant mal alimenté. On veut en faire une maladie bien spéciale ; dans les études classiques on lui crée toujours un cadre bien à part et l'on a raison pour la facilité des descriptions. Mais, en réalité, c'est élever bien haut ce qui n'est, à mon avis, qu'une complication de la gastro-entérite chronique. On n'est pas rachitique seulement lorsque l'on a des tuméfactions épiphysaires, des tibias recourbés, des os déformés ; il y a, bien avant que se manifestent ces grosses lésions osseuses, des troubles généraux de la nutrition dus à la gastro-entérite chronique, qui se caractérisent par de l'anémie, de la polyadénopathie, de la tuméfaction de la rate, du foie, des altérations des globules rouges, de la diminution considérable du taux de l'hémoglobine, etc., etc. Tous ces troubles sont l'indice certain que les fonctions organiques sont profondément viciées, l'hématopoièse est particulièrement touchée, les organes hématopoiétiques spécialement atteints. La moelle osseuse participe à ce processus morbide ; rien de surprenant alors à ce que les os s'en ressentent et fassent de l'ostéite.

Aussi je ne conçois pas que d'une part les uns viennent dire que le rachitisme est une des causes les plus communes des convulsions infantiles et semblent rejeter au second plan l'action des gastro-entérites dans la production de ces convulsions. (ELSÄSSER, KASSOWITZ) pas plus que je ne comprends que d'autre part on vienne écrire « qu'il n'y a aucune relation de cause à effet entre le rachitisme et les convulsions infantiles » (D'ESPINE, rapport de Toulouse, page 361).

Dans les deux cas on part d'une confusion regrettable, à savoir qu'on veut faire du rachitisme une maladie tout à fait à part et entièrement différente de la gastro-entérite chronique, alors que, comme je l'ai dit tout à l'heure, le rachitisme n'est que l'aboutissant de la gastro-entérite,

(1) Communication au Congrès de Toulouse (avril 1902).

comme la sclérose pulmonaire est l'aboutissant de la bronchopneumonie chronique et de la dilatation des bronches. Il y a des scléroses pulmonaires très restreintes presqu'impossibles à déceler, il y en a d'autres énormes qui attirent immédiatement l'attention ; de même il y a des rachitiques sans symptômes visibles, ou du moins sans symptômes osseux très appréciables, à côté d'autres rachitiques présentant d'énormes déformations du squelette. Mais il n'en est pas moins vrai qu'on peut être rachitique avant de présenter *macroscopiquement* des symptômes osseux.

Voilà pourquoi, à mon sens, M. D'ESPINE a pu écrire « la coïncidence des convulsions et du rachitisme est un fait avéré, mais elle varie dans ses proportions suivant les divers observateurs ». Evidemment cela varie suivant les observateurs, puisque, en ce qui me concerne, je déclare que les 70 enfants que j'ai observés, en convulsions, atteints de gastro-entérite chronique étaient tous des rachitiques. Oh ! certes il y en avait qui ne montraient à peine, comme signes osseux, qu'un léger chapelet costal, qu'il fallait rechercher avec attention ; mais tous avaient un gros ventre, tous avaient de la polyadénopathie, tous avaient ces symptômes que j'appellerai les signes de la première période du rachitisme, ceux qui précèdent l'altération osseuse visible, laquelle ne peut se produire qu'ultérieurement, à la longue, après un travail inflammatoire plus ou moins prolongé.

Je dirai donc avec ELSASSER et KASSOWITZ que le rachitisme est la cause la plus fréquente des convulsions de l'enfance, si l'on entend par là que le rachitisme n'est autre chose que la traduction osseuse de la gastro-entérite chronique ; mais je dirai, en revanche, que les convulsions sont infiniment moins fréquentes dans le rachitisme que dans la gastro-entérite chronique si l'on persiste à ne considérer comme rachitiques que ceux qui ont des déformations osseuses, car ces déformations mettent toujours un temps plus ou moins long à se produire, se manifestent quelquefois assez tardivement, tandis que les convulsions sont le plus souvent une manifestation morbide appartenant à la toute première enfance, devenant de plus en plus rare à mesure qu'on s'éloigne de la fin de la première année.

Et j'arrive à la fréquence des convulsions suivant l'âge de l'enfant.

Les auteurs signalent encore quelques cas de convulsions dans la troisième année et exceptionnellement après cinq ans. Je dois dire que je n'ai vu qu'un seul enfant âgé de plus de deux ans, présentant des convulsions. Il s'agissait d'un bébé de 27 mois, habituellement très bien portant, suivant une hygiène alimentaire très sévère, et qui, un jour, trompant la surveillance de son entourage, s'empara d'une poche de figues et en absorba une quantité véritablement énorme. Il fut pris le lendemain de convulsions, tomba dans le coma et je fus appelé par le confrère, médecin traitant, qui avait porté le diagnostic de méningite. Frappé par la marche insolite de cette pseudo-méningite, je poussai très avant mon interrogatoire auprès des parents et je découvris l'orgie de figues. Deux jours après l'enfant était guéri.

Pour mes 82 autres malades, il s'agit d'enfants ayant moins de deux ans. En voici le tableau d'ensemble :

0 à 2 mois	0
De 2 mois à 3 mois	7
De 3 mois à 6 mois	31
De 6 mois à 9 mois	18
De 9 mois à 12 mois	20
De 12 mois à 18 mois	6
	82

Il résulte de ces quelques chiffres que les convulsions sont bien plus communes pendant la première année de l'existence, et même pendant les 6 premiers mois, puisque j'ai vu pour ces six mois 38 cas alors que pour les 14 autres je n'en ai vu que 44.

Comme l'a si justement écrit M. D'ESPINE, la prédisposition « domine toute l'étiologie de l'éclampsie infantile ».

Je n'ai pas vu un seul cas où l'hérédité de l'enfant n'était pas profondément entachée de nervosisme, ou d'alcoolisme, ou de syphilis. L'hérédité neuro-arthritique joue un rôle particulièrement important et l'on peut être sûr de la retrouver à l'origine de tous ces cas d'éclampsie infantile.

Quant à l'hérédité épileptique, on peut la constater ; je l'ai retrouvée chez deux de nos 83 malades. Mais je ne veux pas pour cela établir aucun lien de parenté entre l'épilepsie et ces manifestations convulsives *accidentelles*. Cette question des rapports des convulsions infantiles avec l'épilepsie est de première importance, car si l'on voulait les assimiler à la grande névrose on en assombrirait d'une façon considérable le pronostic. Les arguments apportés par M. D'ESPINE et par M. MOUSSOUS, qui refusent d'assimiler les convulsions infantiles à l'épilepsie, nous suffisent ; nous y souscrivons avec empressement.

L'attaque d'éclampsie infantile ressemble, a-t-on dit, à l'attaque d'épilepsie. Cela est vrai pour un examen superficiel et si l'on veut considérer la grande crise éclamptique qui est loin de se rencontrer dans tous les cas. Mais si l'on veut bien étudier de plus près les symptômes de la crise éclamptique on ne tardera pas à trouver les différences considérables qui la séparent de la crise épileptique.

La grande crise éclamptique se différencie déjà de l'épilepsie en ce que le cri initial n'existe pas. Dans les cas où il sera noté, on sera alors autorisé à vivement redouter l'épilepsie. Mais, du reste, cette manifestation épileptiforme

Sur mes 83 malades, je ne l'ai noté que 17 fois, dans les 66 autres cas, il s'agissait une fois de spasme de la glotte, et 65 fois de convulsions limitées à une région plus ou moins restreinte, donnant une crise fruste, incomplète, esquissée, disparaissant souvent très rapidement. On rencontre dans ces convulsions *partielles* les différences et les variétés les plus considérables, et l'expression clinique présente une diversité infinie. Ce que l'on voit le plus souvent ce sont les convulsions limitées à la face et à un ou aux deux membres supérieurs ; ou bien en dehors de toute lésion des centres nerveux, c'est un seul côté du corps qui est pris. D'autre fois la convulsion n'affecte que tel ou tel groupe musculaire, et, chose remarquable, on peut observer des mouvements convulsifs localisés à un groupe de muscles qui ont une innervation très différente. Ce sont là des phénomènes qui se rencontrent surtout aux membres supérieurs ; on voit, par exemple, le biceps se convulser isolément. Des faits analogues ont été notés aux membres inférieurs. Ce qui permet ici de dépister l'attaque convulsive fruste derrière ces contractions isolées, c'est qu'on rencontre les mêmes troubles généraux que l'on observe dans la grande crise éclamptique et l'on voit ces convulsions limitées à un membre s'accompagner de perte de connaissance, de troubles circulatoires et respiratoires, et être suivies ensuite d'une période de stupeur, de sommeil comateux. Les convulsions localisées à la face sont celles que l'on observe le plus souvent en tant que convulsions partielles, soit qu'elles occupent tous les muscles de cette région, soit même qu'elles se localisent à un seul côté, à un groupe de muscles, ou enfin seulement aux muscles de l'œil. Ce sont les convulsions localisées aux muscles de l'œil que l'on rencontre le plus habituellement.

On croit donc que bien souvent la grande crise éclamptique épileptiforme fait défaut. Quand elle existe elle peut se montrer soit constituée par du clonisme ou du tonisme pur, soit, le plus souvent, comme l'a dit Baumes, par « un mélange de tonisme et de clonisme ». Mais ce qui la différencie bien encore d'avec l'épilepsie, c'est que ces mouvements cloniques et toniques ne présentent jamais la même régularité de succession qu'ils ont dans le mal comitial.

Sur les 17 cas de grande crise éclamptique qu'il m'a été donné d'observer, je n'ai jamais noté la forme *tonique pure*. Je n'ai constaté que 4 fois le *clonisme pur* et 13 fois un mélange de tonisme et de clonisme. J'ai constaté plusieurs fois, dans 5 cas, du trismus et de la raideur de la nuque et dans ces 5 cas le plus jeune enfant avait 4 mois ; l'un de ces 5 enfants avait 16 mois et je viens de l'observer chez la fillette d'un de mes confrères atteint de pneumonie, dont l'observation vaut la peine d'être rapportée rapidement au point de vue des accidents convulsifs :

Au début d'une pneumonie l'enfant fit un jour, à midi, une grande crise éclamptique qui dura seulement quelques instants, et dont elle se remit assez rapidement. Le soir, à six heures, je venais de l'ausculter, je me préparais à introduire le thermomètre dans le rectum, j'avais commencé l'introduction, quand éclata une nouvelle crise, par des mouvements toniques et cloniques se succédant sans régularité ; puis, au bout de quelques instants, tout un côté du corps, *y compris la face*, resta animé de mouvements cloniques peu étendus, mais des plus nets pendant que tout l'autre côté restait contracturé, en tonisme. Malgré un traitement énergique et qu'on m'accordera bien avoir été appliqué classiquement, cette crise convulsive se prolongea jusqu'à dix heures et demie du soir, ayant ainsi duré quatre heures et demie sans rémission. Nous notâmes aussi, chez cette malade, de la raideur de la nuque et du trismus très accentué. Il n'y a donc pas, comme l'ont dit les auteurs, que les nouveau-nés qui font du tonisme et qui présentent du trismus et de la raideur de la nuque.

La grande crise éclamptique a aussi reçu le nom de *convulsions externes*, par opposition à ce que l'on a appelé les *convulsions internes*. Il s'agit, dans ces dernières, d'une forme clinique toute spéciale, qui peut accompagner les les convulsions générales et, dans ce cas, se reconnaît assez facilement, mais qui peut aussi exister à l'état primitif isolé. Ce sont des convulsions partielles qui intéressent principalement les muscles respiratoires et les muscles du larynx.

Je n'ai eu qu'une fois l'occasion d'observer ce spasme de la glotte, chez un enfant dont j'ai rapporté l'observation dans mon troisième volume de cliniques et que je résumerai rapidement ici. Ce petit nourrisson, quand une crise le prenait, devenait tout-à-coup très pâle, sa tête se rejetait en arrière, il renversait en haut ses globes oculaires, puis en même temps que sa face prenait une teinte très rouge et même violacée, la respiration semblait arrêtée. Tout cela ne durait que quelques instants, puis un sifflement inspiratoire se faisait entendre et tout rentrait dans l'ordre. Ces crises se répétaient assez fréquemment.

Il s'agissait d'un enfant très mal nourri, sans aucune règle, au biberon, et présentant des troubles gastro-intestinaux. Dans ce cas nous avions affaire à une convulsion *tonique*, le diaphragme et les muscles du larynx restaient contractés, immobiles, puis, l'accès fini, reprenaient leur état normal. D'autres fois on a des convulsions *cloniques* et *toniques*, c'est-à-dire que l'on observe une succession de petits mouvements saccadés du diaphragme et une série de petites inspirations sifflantes ou de petites quintes de toux particulières.

L'étiologie de ce spasme glottique est la même que celle de la grande éclampsie ; il l'accompagne, du reste, encore

assez souvent. Il est certain que l'hérédité joue ici aussi un rôle très important, mais il faut autre chose, et cette autre chose c'est la toxi-infection d'origine gastro-intestinale, la gastro-entérite chronique, avec son aboutissant naturel, le rachitisme. Je ferai remarquer enfin que ce cas que j'ai observé, je l'ai vu au mois de janvier, cela pour appuyer les assertions de M. d'Espine concernant l'influence des saisons.

Je ne veux pas, en ce qui concerne le traitement des convulsions infantiles, examiner tous les traitements proposés et susceptibles d'être proposés. Je désire seulement émettre mon avis sur certaines pratiques conseillées par les auteurs dont quelques-unes ne me paraissent pas exemptes de dangers.

La balnéation, ou l'hydrothéraphie par le drap mouillé, est certainement un des meilleurs moyens à diriger contre la crise convulsive. Les bains tièdes, un peu prolongés de vingt minutes à une demi-heure, à 32°, suffisent largement lorsqu'il n'y a pas hyperthermie, et lorsque l'enfant est très jeune.

Je soutiens, ici comme ailleurs, que chez les tout petits enfants, âgés de quelques semaines, ou même de 3 ou 4 mois, il ne faut pas employer d'*emblée* le bain froid, surtout si la température est très élevée. Outre que les enfants de cet âge ne supportent pas toujours une réfrigération aussi intense, il faut bien songer que, du fait des convulsions, le système nerveux est profondément atteint dans sa résistance et que, par suite, il se défend mal contre la réfrigération et l'on peut voir survenir du collapsus. Des bains à 28° seront bien suffisants, le plus généralement, même dans les cas les plus hyperthermiques.

Le drap mouillé est excellent ; on peut y laisser l'enfant très longtemps, toute une nuit, toute une journée, en renouvelant le drap toutes les heures par exemple.

Avec de la prudence, on trouvera dans les inhalations chloroformiques un des meilleurs moyens de faire cesser les convulsions. On pourra en prolonger très longtemps la durée en espaçant les doses et en laissant l'enfant respirer de l'air en même temps qu'il respire des vapeurs chloroformiques.

Ce que je repousse absolument c'est toute pratique thérapeutique susceptible de produire de la douleur et de provoquer ainsi un nouvel accès. Il y a des enfants qui font des convulsions à l'occasion d'une piqûre par une épingle de leurs langes ; c'est donc que la douleur est capable d'amener des accès convulsifs. Comment alors concevoir qu'on puisse faire à des bébés atteints de convulsions des injections de sérum artificiel ; la piqûre est douloureuse, l'entrée du liquide dans le tissu cellulaire est douloureux, aussi je n'oserai jamais appliquer cette thérapeutique. Je parle bien entendu des heures qui suivent de près l'accès convulsif, et où le système nerveux est encore en équilibre instable et où il ne faut qu'une légère excitation pour le déclancher à nouveau. Mais, plus tard, si la maladie causale, gastro-entérite aiguë, pneumonie ou autres, nécessitait cette injection, les inconvénients seraient bien moindres.

Les sinapismes, les bains sinapisés, les bottes sinapisées me paraissent autant de moyens dangereux à employer chez un malade dont le système nerveux est en hyperexcitation. A mon avis, il vaut mieux s'en abstenir.

Avec les bains, le chloral, le chloroforme, et les grands lavements évacuateurs, on possède des armes le plus généralement suffisantes ; il ne me paraît pas nécessaire de s'adresser à d'autres susceptibles de se retourner contre le malade.

Clinique chirurgicale de l'Hôpital de la Charité

Service de M. le Professeur DUBAR

Hystérectomie vaginale pour épithélioma du col de l'utérus
Statistique des cancers utérins
entrés depuis onze ans à l'hôpital de la Charité

Par

J. Drucbert, chef de clinique chirurgicale et **G. Minet**, interne des hôpitaux.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société centrale un épithélioma du col de l'utérus recueilli dans le service de M. le professeur Dubar chez une femme de 34 ans. Le cancer de l'utérus n'est pas absolument une rareté à cet âge ; nous nous souvenons d'en avoir observé un chez une jeune femme de 23 ans qui avait déjà été opérée 3 ans auparavant pour une ulcération du col rebelle à tous les topiques.

Une malade de 20 ans, atteinte d'épithélioma du cul-de-sac postérieur du vagin est encore en traitement dans le service actuellement.

Cependant comme il semble que depuis quelques années on observe plus de cas de cancers utérins chez des femmes jeunes, il nous a paru intéressant de joindre à notre observation la statistique des cas de cancer de l'utérus entrés depuis onze ans à l'hôpital de la Charité.

Observation. — V... Emma, âgée de 34 ans, entre le 13 février 1902 dans le service de M. le professeur Dubar.

Son père vit encore en bonne santé ; il a 70 ans. Sa mère est entrée dans le service en septembre 1897 pour des accidents d'occlusion intestinale ; depuis quelque temps, elle présentait des alternatives de constipation et de diarrhée ; peut-être s'agissait-t-il d'un cancer du gros intestin ; un anus contre nature fut fait et la malade mourut en octobre 1898 à la suite de nouveaux phénomènes d'occlusion.

Comme antécédents du côté des collatéraux, rien de notable à signaler : neuf frères et sœurs sont morts, tous en bas-âge ; quatre sœurs et un frère sont vivants et bien portants.

Notre malade a été réglée à l'âge de 14 ans, ses règles abondantes duraient 5 à 6 jours et ne furent jamais douloureuses. A part quelques maladies dans l'enfance : rougeole, coqueluche, cette femme a toujours eu une bonne santé.

Elle a accouché normalement et à terme, treize fois ; les suites de couches ont toujours été bonnes. Le premier accouchement remonte à 17 ans et le dernier à 11 mois.

Dix enfants sont vivants, les trois autres sont morts entre 11 et 14 mois d'entérite ou de bronchopneumonie. Tous ces enfants ont été allaités pendant 5 à 6 mois, sauf le dernier qui le fut jusqu'au vingtième mois, époque de sa mort.

Dans le courant du mois de décembre, la malade eut quatre fois de petites métrorrhagies qui durèrent 4 à 5 jours ; le 1er janvier survient une nouvelle hémorrhagie très abondante et qui se répète à diverses reprises les jours suivants.

La malade n'a jamais ressenti aucune douleur, mais ces hémorrhagies répétées l'inquiètent et la déterminent à entrer à l'hôpital.

Cette femme, quoiqu'un peu pâle, présente un aspect général excellent. A l'examen, on sent au fond du vagin une tumeur grosse comme une mandarine, tumeur dure, bourgeonnante, saignant au moindre contact et qui, serrée par une bride vaginale, donne au premier abord l'impression d'un gros polype qui serait maintenu dans l'orifice élargi du col utérin. Mais quand on abaisse cette tumeur, la lèvre antérieure et l'orifice du col apparaissent et l'on voit que la tumeur siège sur la portion vaginale de la lèvre postérieure.

L'utérus est mobile, la cavité cervicale et le vagin sont intacts ; on est en présence d'un épithélioma bien limité et passible de l'hystérectomie vaginale.

Cette opération est pratiquée le 14 février par M. le professeur Dubar. Après la toilette d'usage, la lèvre postérieure du col qui porte la tumeur et une large collerette vaginale sont enlevées au bistouri. Une seconde toilette est faite alors et l'hystérectomie vaginale s'achève facilement ; les pinces laissées à demeure sont enlevées au bout de 48 heures, et actuellement, un mois après l'opération, la malade est guérie sans qu'aucun incident soit venu troubler les suites opératoires. La brèche vaginale est en voie de cicatrisation.

Si l'on parcourt les divers traités de chirurgie et de gynécologie, on y lit que le cancer de l'utérus s'observe surtout entre 25 et 50 ans avec un maximum de fréquence entre 40 et 50 ans. C'est l'avis de Scanzoni, de Pozzi, de Delbet, de Labadie-Lagrave et Leguen, et de Schwartz et Riche. Gusserow qui, dans une statistique qui date de 1886, a réuni les statistiques des autres auteurs, conclut d'après 3385 cas à un maximum de fréquence entre 40 et 50 ans.

En parcourant les registres de l'hôpital de la Charité, nous avons pu relever, de janvier 1891 à décembre 1901, un total de 205 cas pour cette période de onze années Voici de quelle façon ces cas se répartissent au point de vue de l'âge des malades.

	Années 1891-96	Années 1897-1901	Total
23 à 30 ans	4	4	8
31 à 35 »	9	14	23
36 à 40 »	20	20	40
41 à 45 »	24	23	47
46 à 50 »	13	19	32
51 à 55 »	12	10	22
56 à 60 »	4	7	11
61 à 65 »	9	2	11
66 à 70 »	5	1	6
71 à 80 »	4	1	5
	104	101	205

On voit que chacune de ces périodes de 6 et de 5 ans comprend environ 100 cas ; les chiffres correspondants aux âges expriment donc à peu de chose près le pourcentage.

Dans les cinq dernières années le nombre de cas au dessous de 40 ans n'est guère augmenté : 38 % au lieu de 33 %. En tous cas le nombre de cancers observés entre 40 et 50 ans est de 79 (40 % des cas), tandis qu'entre 35 et 45 ans, il est de 87 (44 % des cas).

D'après notre statistique c'est donc entre 35 et 45 ans que l'on observerait le plus grand nombre de cas de cancers de l'utérus ; il ne nous est pas permis de conclure d'après un relevé de 205 cas que le cancer semble évoluer chez des personnes plus jeunes qu'autrefois.

En tous cas, la plus grande fréquence du cancer à cet âge ne peut s'expliquer par l'existence d'un plus grand nombre de femmes ayant 35 à 45 ans, car si l'on consulte les relevés par âge de la population lilloise on ne trouve pas de grande différence dans le nombre de femmes ayant de 30 à 55 ans.

Voici du reste les chiffres que nous empruntons au dénombrement de la population de Lille en 1896, d'après le bulletin de l'Office sanitaire.

La population de Lille comprend au total 115.406 femmes ; au point de vue de l'âge on compte :

de 30 à 34 ans révolus		8.722
de 35 à 39	—	7.157
de 40 à 44	—	7.226
de 45 à 49	—	6.793
de 50 à 54	—	6.134

Il serait donc intéressant que d'autres statistiques viennent s'ajouter à la nôtre pour rechercher si vraiment nous assistons à un rajeunissement d'un cancer autrefois considéré comme une maladie de l'âge mûr et de la vieillesse.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 11 Avril 1902

Présidence de M. Dutilleul, Président.

Avortement et insertion vicieuse du placenta

M. Oui. — Je présente à la Société un œuf expulsé complet en un temps, à la fin du troisième mois de la

grossesse. La femme qui a fait cet avortement est une primipare qui ignorait tout à fait la grossesse. Elle avait eu, en effet, ses règles ou ce qu'elle croyait être ses règles, les 1er janvier, 1er février et 1er mars. Mais, en l'interrogeant, on apprenait que seules, les règles de janvier avaient été semblables aux règles habituelles. En février, l'écoulement sanguin avait duré beaucoup moins longtemps ; en mars il avait été peu abondant. Enfin, depuis le 20 mars, elle perdait constamment du sang lorsqu'elle se présenta à notre examen, le 2 avril, accusant, de plus, quelques douleurs abdominales.

L'examen ne laissait aucun doute, ni sur le diagnostic de grossesse, ni sur celui d'avortement inévitable. Le col était assez ouvert pour admettre deux doigts et une partie du placenta y était engagée. Dans la nuit, l'œuf que je vous présente était expulsé.

Ce fait présente quelque intérêt parce qu'il montre comment, de très bonne foi, une femme enceinte peut prendre des hémorrhagies anormales pour de véritables règles. De plus, l'absence chez cette femme de toute manifestation pathologique et l'état du fœtus qui n'avait évidemment pas succombé avant l'avortement, prouvent une fois de plus l'importance de l'insertion vicieuse du placenta comme facteur de l'avortement. Nous y trouvons également une preuve nouvelle contre la vieille doctrine, encore trop répandue, qui n'attribue aux insertions vicieuses du placenta que les hémorrhagies des trois derniers mois de la grossesse.

Enfin, je désire attirer votre attention sur une dernière particularité. Le fœtus contenu dans cet œuf porte autour du cou un circulaire de cordon ombilical. Il est assez rare de constater d'aussi bonne heure des circulaires du cordon et, bien que des faits semblables aient été signalés, notamment par Siebold, Orven, Trélat, Taxil..., il m'a paru intéressant de vous le montrer.

M. Dutilleul dit qu'en médecine légale on signale comme bien établie la persistance possible des règles pendant la grossesse.

M. Oui répond qu'il s'agit d'écoulements hémorrhagiques de nature variée, mais non pas de véritables règles.

M. Dutilleul objecte que, dans le récent ouvrage de Brouardel, cette persistance des règles est affirmée.

M. Oui répond qu'il est très imprudent de poser une telle affirmation, car on n'a rien pour en contrôler l'exactitude.

Eléphantiasis nostras. Œdème streptococcique chronique

M. Brassart présente au nom de M. **Ingelrans** et au sien, une malade du service de M. le professeur Combemale, atteinte d'œdème chronique de la jambe. Cette malade, à son entrée à l'hôpital, avait le membre inférieur droit excessivement œdématié depuis le cou-de-pied jusqu'au pli de l'aine.

La peau était rouge, tendue, très enflammée, sans adénite dans le pli de l'aine, sans traînées lymphatiques, sans cordon accessible au toucher le long du trajet de la veine fémorale. La fièvre était de 40°, l'état général assez déprimé. Au premier abord on fit le diagnostic de phlébite. Puis, après avoir interrogé la malade, on apprit qu'elle avait un passé pathologique de nature à modifier le diagnostic. Cette femme, en effet, il y a six ans environ, fit une poussée inflammatoire de nature probablement érysipélateuse de ce membre inférieur droit. A la suite de cette maladie, le membre était resté plus gros. La même année, la malade eut deux autres poussées érysipélateuses sur ce même membre. Un an après, deux nouvelles poussées. A la suite de chacune d'elles, le membre restait de plus en plus volumineux. Depuis deux ans, la malade n'avait pas eu de nouvelle atteinte. En vertu de ces antécédents, le diagnostic s'imposait, on avait affaire à un œdème chronique, consécutif à des poussées érysipélateuses, appelé par René Follet, dans sa thèse, éléphantiasis ou streptococcie de la peau.

On fit une ponction ; on retira un liquide séreux qui, ensemencé, donna du streptocoque.

La femme guérit de cette poussée inflammatoire au bout de trois jours de séjour à l'hôpital. A noter qu'on lui avait fait le deuxième jour, une injection de 20 cc. de sérum de Marmorek. Au bout de quinze jours, on fit une nouvelle ponction et un nouvel ensemencement ; mais celui-ci fut négatif. C'est d'ailleurs ce qu'on observe habituellement dans ces cas. Le streptocoque paraît disparaître une fois la poussée inflammatoire passée. A-t-on affaire chaque fois à un nouvel ensemencement, d'une peau facile à s'infecter par le microbe pathogène ? C'est probable ; car cette malade a été deux ans sans avoir de nouvelle atteinte, peut-être grâce à une bande élastique qu'elle porte depuis et qui met sa jambe à l'abri de tout traumatisme.

M. Ingelrans rappelle que, le 14 février, il a présenté avec M. Brassart, un homme qui avait un œdème segmentaire névropathique. A la même séance, M. Lambret a rapporté le cas d'un opéré porteur d'un œdème généralisé à tout un membre inférieur. Les trois cas sont différents les uns des autres. Chez la malade d'aujourd'hui, c'est l'infection qui est en jeu. Chez l'homme à œdème segmentaire il s'agissait de névropathie pure et chez l'opéré de M. Lambret on a eu affaire au trophœdème de Meige. M. Ingelrans montre la photographie du malade au trophœdème, présenté le 5 décembre dernier à la *Société de neurologie*, par M. Hertoghe. Cet auteur admet un trophœdème non héréditaire qu'il y a lieu de séparer des œdèmes nerveux, segmentaires, hystériques, de l'œdème neuro-arthritique et de l'éléphantiasis nostras. Son malade,

âgé de onze ans, ressemble trait pour trait à celui de M. Lambret.

M. Lambret, au point de vue du traitement, fait remarquer que, chez son malade, le bas de la jambe était beaucoup plus volumineux que chez la femme présentée aujourd'hui. Aussi, vis-à-vis de l'importance de l'œdème, a-t-il fait l'ablation d'une bande cutanée pour créer une sorte de bas à varices artificiel. Le bon résultat de l'intervention se maintient et on pourrait le compléter en agissant de même du côté interne du membre. La constriction, le massage, la bande élastique ne donnent pas de résultats, parce que la peau est forcée, distendue, et que l'œdème se reproduit fatalement dans la station debout.

M. Le Fort émet des doutes sur la persistance de l'amélioration obtenue. Il croit que cette opération, logique dans le cas de varices, n'est guère de mise dans ces cas où il s'agit de stagnation dans les réseaux lymphatiques et non dans les vaisseaux.

M. Lambret dit que l'opération qu'il a faite n'a aucune gravité et a, en tout cas, fort bien réussi dans son cas particulier.

Anastomose vésico-rectale par le procédé de Maydl chez une chienne. Mort au bout de 366 jours

M. Drucbert présente l'appareil urinaire d'une chienne, morte 366 jours après l'abouchement vésico-rectal pratiqué par le prodédé de Maydl. L'animal, qui pesait au début, 16.300 grammes, avait paru d'abord bien supporter son nouvel état; cependant les mictions rectales étaient très fréquentes (une toutes les demi-heures). L'épreuve du bleu de méthylène faite au cinquième mois révéla une perméabilité très défectueuse.

A l'autopsie, la chienne qui maigrissait énormément depuis deux mois, ne pèse plus que 7.290 grammes. La mort est due à l'ouverture dans le péritoine de nombreux abcès périnéphrétiques siégeant à droite et ayant déterminé une péritonite aiguë. Les reins sont profondément altérés; le rein droit est très volumineux quoique son uretère soit perméable; on note plusieurs abcès sous sa capsule; son bassinet est rempli de pus. Le rein gauche est bosselé, mais rétracté, son uretère est très dilaté et flexueux.

Il s'agit donc bien, dans ces cas, d'une infection ascendante que l'on observe constamment si on laisse les animaux en expérience vivre suffisamment longtemps.

M. Lambret a fait, il y a quatre mois, une opération de Maydl chez un enfant de cinq ans, pour exstrophie vésicale. La réunion n'a pas été complète et il reste une petite fistule urinaire. L'urine qui s'écoule par cet orifice abdominal est claire. L'enfant expulsait d'abord de l'urine par le rectum toutes les deux heures : maintenant la tolérance est plus grande. La fistule s'obturera sans doute spontanément.

M. Drucbert dit que, dans l'expérience présente, tout a été bien pendant dix mois. Mais il a vu des chiens ne survivre que trois mois.

Hydronéphrose

M. Minet, interne des hôpitaux, présente un rein atteint d'hydronéphrose, provenant d'une femme qui présentait depuis trois mois un anus iliaque établi pour occlusion intestinale.

Tout le petit bassin était occupé par une masse cancéreuse ramollie, développée aux dépens de l'utérus et des annexes gauches et comprimant l'uretère gauche. Le rein correspondant avait à peu près conservé son volume normal; mais à la coupe il s'en est échappé un liquide louche, épais qui occupait les calices et le bassinet distendus. Le tissu rénal était réduit à la capsule; ce rein pesait à peine 40 grammes.

Variole hémorrhagique

M. Ingelrans. — Le jeudi 3 avril 1902, un garçon de vingt-trois ans, débourreur, demeurant à Lille, était transporté à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Combemale, suppléé à ce moment par M. Deléarde. Il fut examiné le lendemain matin. La température axillaire, qui avait été de 39°6, la veille au soir, était à 40° à ce moment. Le malade avait un aspect frappant : la face était rouge, vultueuse, gonflée. C'était tout à fait l'apparence de l'érysipèle, mais sans aucun bourrelet périphérique. Un gros ganglion douloureux siégeait à gauche, à l'angle de la mâchoire. Les lèvres étaient sèches, fuligineuses; la langue rôtie, la soif vive. A l'angle externe des yeux, on trouve des ecchymoses sous-conjonctivales peu étendues.

Sur le cou, le tronc et les membres se voit une éruption caractérisée par deux variétés d'éléments. D'une part, des taches de purpura, disséminées, en assez grand nombre; d'autre part, et surtout au bas-ventre, quelques vésicules noires, remplies de sang, dont deux ou trois ombiliquées à leur centre. Au niveau des organes génitaux se trouvent de petites vésicules claires.

La situation générale du malade n'est pas en rapport avec l'état typhoïde manifeste. Pas de délire : il répond assez bien aux questions posées, n'est pas très abattu. Il nous raconte que le dimanche 30 mars, il a eu mal aux reins et a vomi. Il est resté au lit jusqu'au jeudi matin et s'est aperçu à ce moment de la rougeur de la face. Il ne peut nous renseigner sur l'éruption du tronc et des membres dont il déclare ignorer l'existence. L'insomnie est persistante. Constipation.

Je le revois à cinq heures du soir. Depuis le matin, il s'est produit une tache de purpura grande comme une pièce de cinq francs au niveau du cou. Il a eu plusieurs vomissements de sang; il crache du sang qui paraît venir

des cavités nasales. Température : 40°5 ; pouls : 110. Pas d'hématurie. La face antérieure du thorax est couverte de papules confluentes sur un fond érythémateux. La figure est encore plus rouge, donnant à la main une sensation de peau de chagrin. Epigastralgie très marquée.

Le samedi matin, éruption à la face d'une dizaine de vésicules hémorrhagiques. Larmes de sang, hématuries abondantes, mélœna. Température : 40° ; nouvelles vésicules hémorrhagiques sur tout le corps. Intelligence conservée. La nuit, les hémorrhagies continuent : mort le dimanche matin, deux jours après l'arrivée, à la fin du septième jour de la maladie.

Neuf autres varioleux sont arrivés les jours suivants, dont un a également une forme hémorrhagique. Notre malade n'avait pas été vacciné. Il a eu la forme dite : variole hémorrhagique, *au début* de l'éruption. Le purpura représentait la persistance d'un rash purpurique antérieur. L'extrême rougeur de la face peut être interprétée comme un rash érysipélateux, mais nous pensons plutôt que c'était la congestion du début de l'éruption, car le rash érysipélateux est des plus rares (Roger) et, d'autre part, nous étions au cinquième jour, ce qui est tard.

A noter la conservation de l'intelligence et la connaissance jusqu'à la fin, ce qui est fréquent dans la variole hémorrhagique. L'examen du sang, pratiqué dès le premier jour par M. Deléarde, a révélé une anémie accentuée et l'absence de leucocytose. On sait que la variole ordinaire produit une myélocytose tout à fait caractéristique, comme Weill l'a montré. La forme hémorrhagique n'a nullement cette formule leucocytaire et M. Deléarde a pu s'en assurer ici. Nous avons tenu à rapporter ce cas qui est le premier observé à la Charité dans l'épidémie qui débute et à cause de l'incertitude du diagnostic dans la matinée du vendredi.

M. Combemale dit qu'une épidémie de variole devait arriver à Lille, car il y a trois ou quatre mois qu'on parle de variole à Douai, Dunkerque, etc. Il y a deux mois, au Comité d'hygiène, il a demandé la revaccination partout où c'est possible. A Lille, dans le service de médecine, malades et étudiants ont été sur le champ vaccinés dès ce premier cas.

M. Oui dit que la variole règne depuis longtemps dans le Nord. En juin 1901, elle existait à Sin-le-Noble. Tous les ans, on en signale une dizaine de cas, particulièrement dans l'arrondissement où l'on vaccine le moins. On a signalé des cas isolés à Lille, en 1901. Actuellement, une épidémie est probable, car la vaccination est plus négligée qu'on ne pense.

M. Combemale rappelle qu'en 1891, il a soigné trois cent soixante varioleux à Lille. Il y eut plus d'un millier de cas hors de l'hôpital. La mortalité observée par lui atteignit 15 °/₀. Depuis, dix ans se sont écoulés, et c'est souvent l'intervalle qui sépare deux épidémies.

M. Ausset dit que ce chiffre de dix ans s'explique par l'épuisement de l'immunité.

M. Oui fait remarquer que les varioleux perdent eux-mêmes leur immunité et qu'une récente statistique indique un succès sur deux chez les malades ayant eu la variole depuis plus de quinze ans. La nature du vaccin, d'un autre côté, doit entrer pour une part dans la durée de l'immunité. Le vaccin animal n'est pas toujours semblable à lui-même et dégénère par moments. D'autres fois, il donne cent pour cent de succès.

M. Drucbert pense que l'immunité peut être fort longue dans certains cas.

M. Le Fort répond que, dans l'armée, on a souvent 80 °/₀ de succès chez des soldats ayant été vaccinés dans l'enfance. Pourtant, l'immunité semble, en effet, chez plusieurs, tout à fait définitive.

M. Ausset pense qu'on attribue parfois l'insuccès de la vaccination à l'immunité, alors qu'on n'emploie pas assez de vaccin qui est une pulpe glycérinée et doit être inoculé en certaine quantité.

M. Oui croit aussi que beaucoup vaccinent mal. Les scarifications sont mauvaises quand l'opérateur a la main lourde et fait saigner.

M. Combemale rappelle que bien des fois aussi on essuie le vaccin au lieu de le laisser sécher.

PROPOS DE VACANCES

Ayant eu l'occasion, aux vacances de Pâques, de passer quelques jours en Angleterre, j'ai glané de ci de là, en passant, quelques petits faits qui me paraissent de nature à donner aux lecteurs de l'*Echo Médical du Nord*, quelques indications utiles et peu connues sur l'état d'esprit du public et les mœurs anglaises au point de vue médical.

On sait que la variole fait depuis quelques mois de grands ravages à Londres. Le 31 mars, 61 cas nouveaux étaient encore déclarés dans la journée et à minuit il y avait dans les hôpitaux spéciaux 1.522 malades en traitement. Aussi, l'émotion continue-t-elle à être grande dans le public et le mouvement de réprobation contre les ligues antivaccinatrices et de lutte contre la maladie s'affirme-t-il plus énergique de jour en jour. A l'heure actuelle, beaucoup de patrons londonniens exigent, sous peine de renvoi, que tous leurs ouvriers se soumettent à la revaccination ; quant à la déclaration obligatoire des affections contagieuses, à l'isolement des malades et à la désinfection de leur logement, ce sont des mesures adoptées depuis longtemps en Angleterre et qui sont exécutées avec la régularité automatique qui est le résultat du respect de tout Anglais pour les lois de son pays. Un détail généralement ignoré du public médical français est que la

déclaration d'un cas d'affection contagieuse est payée au médecin une demi-couronne (trois francs environ), aussi les mauvaises langues accusent-elles les médecins de diagnostiquer parfois trop facilement les maladies contagieuses chez les pauvres diables. Nous sommes convaincus qu'il n'en est rien. Par contre les magistrats n'hésitent pas à requérir contre les médecins suspects de n'avoir pas satisfait à toutes les exigences de la loi ; de simples citoyens peuvent même prendre l'initiative de les poursuivre, témoin l'histoire suivante cueillie dans le *Daily Telegraph*, du vendredi 4 avril dernier :

« A Tottenham (1), ANDREW ROSTANT, chirurgien, » demeurant à Northumberland Park, à Tottenham, était » assigné à la barre du Conseil du district d'Edmonton » pour avoir volontairement mal conseillé et dirigé et avoir » ainsi mis en danger un homme nommé Wood, atteint » de variole.

» M. J. Avery, le poursuivant, dépose que Wood tomba » malade et se rendit trois fois à la consultation du docteur » ROSTANT. La dernière fois le docteur lui remit une » déclaration certifiant qu'il avait la variole et lui dit de la » donner au Medical Officer of Health (2) (docteur ADAMSON). » L'homme ne fut pas mis au courant de ce qu'il avait, se » rendit à la maison du médecin sanitaire et s'assit dans » la salle de consultation où étaient nombre d'autres per» sonnes. Lorsque le docteur ADAMSON entra, il l'éloigna » immédiatement. La consternation fut grande parmi les » assistants qui furent vaccinés sur-le-champ. Avery » déclare que le procédé régulier qu'aurait dû employer le » médecin poursuivi était de mettre sa déclaration à la » poste.

» Wood est appelé et en réponse à une question du » défenseur, dit que le docteur ADAMSON l'a renvoyé tout » droit chez lui. Il resta chez lui une quinzaine avant » d'être isolé à cause du manque de place à l'hôpital. » Durant tout ce temps, aucun médecin ne vint le voir et » sa femme et ses enfants restèrent dans la maison. Il » fut soigné par sa femme.

» Le docteur ADAMSON dit que l'inculpé aurait dû infor» mer l'homme de la nature de sa maladie et lui recom» mander d'éviter de se mettre en rapport avec quiconque » en retournant chez lui.

» L'incriminé dépose que lorsque Wood se rendit à sa » consultation la première fois, il ne soupçonna pas la » variole chez lui, ce fut seulement la dernière fois qu'il la » découvrit. Wood était alors assis au milieu d'environ » vingt autres personnes. Le médecin l'appela dans son » cabinet de consultation et lui donna la déclaration en lui » recommandant de la jeter dans la boîte aux lettres du » médecin sanitaire en retournant chez lui. Il lui recom» manda de retourner à pied. Il pensait faciliter les choses » en laissant à Wood sa déclaration et croyait que les » autorité sanitaires l'auraient isolé dans un hôpital.

» Le tribunal, d'avis que le cas était correctement apporté » devant le tribunal, déclara qu'il y avait matière à juge» ment, mais qu'ayant égard à tous les faits, il n'y avait pas » matière à condamnation. Il renvoya donc l'inculpé, mais » le Président ajouta que le cas se prêtait à un appel. »

Nous avons cru intéressant de rapporter ce simple fait divers, au moment où la nouvelle loi sanitaire qui vient d'être votée en France, est soumise à tant de discussions. Il montre comment en Angleterre se pratique la déclaration obligatoire et comment se comprend la responsabilité médicale. Il montre aussi comment une épidémie massive peut dépasser les ressources des villes les mieux organisées pour la lutte contre les affections contagieuses, comme c'est le cas de Londres. Laisser quinze jours dans sa famille un varioleux déclaré, est pour l'autorité sanitaire une responsabilité autrement lourde que celle qui incombe au médecin, du fait de n'avoir pas révélé au patient la nature de sa maladie, et de lui avoir fait porter sa déclaration lui-même plutôt que de l'avoir jetée à la boîte aux lettres.

On peut voir aussi que ni le tribunal, ni le médecin sanitaire, n'ont reproché au médecin incriminé de n'avoir fait son diagnostic qu'à la troisième visite de son malade; l'opinion publique représentée par le poursuivant paraît avoir été plus sévère, mais légalement, la responsabilité du médecin ne peut être mise en cause en pareille circonstance, qu'en cas de faute lourde. Ce n'est que devant sa conscience que le médecin a à répondre de l'insuffisance ou de la précipitation de son examen.

Le mal que les ligues antivaccinatrices ont fait en Angleterre, peut se mesurer à l'intensité de l'épidémie actuelle de variole. Il est plus difficile d'apprécier le tort causé par les idées fausses répandues par elles dans le public et qu'il faudra longtemps à déraciner complètement.

Parmi leurs victimes il convient de citer un jeune imprimeur de vingt ans, dont les journaux racontaient l'histoire ces jours derniers (*Daily Telegraph*, mercredi 2 avril) et qui, obligé par son patron de choisir entre le renvoi ou la vaccination, aima mieux se pendre à la porte de l'armoire de sa chambre à coucher. Le jury, chargé en Angleterre de faire une enquête, sur tous les cas de mort accidentelle, déclara, après audition des témoins et particulièrement de la mère du défunt, que le suicide était dû à un accès de folie passagère, caractérisée par le fait de préférer la mort à la vaccination, et le coroner d'ajouter mélancoliquement « Le peuple anglais semble glisser vers un état de faiblesse d'esprit et de sentimentalité. La seule chose étonnante est que nos hommes se battent si bien dans l'Afrique du Sud ».

La crainte de la variole ne fait pas perdre aux Anglais

(1) Quartier du Nord de Londres.
(2) Médecin sanitaire inspecteur du district.

le sentiment des affaires et nous avons vu à la vitrine d'un agent d'assurances de Brighton l'affiche suivante : « Assurances contre la variole. — Cent livres sterlings en cas de variole seront payés aux assurés contre le versement d'une prime de 2 schellings 6 pences pour ceux qui ont été vaccinés dans les six derniers mois, de 7 schellings 6 pences pour les autres. »

Il faut avouer que le bon marché de la prime n'est pas pour rassurer au premier abord sur les intentions des assureurs. Ce n'est pas au reste seulement contre la variole que l'on peut s'assurer en Angleterre ; il y existe un autre genre d'asssurance beaucoup plus original, l'assurance contre les jumeaux. Moyennant une prime versée au début de la grossesse, on s'assure une somme de 50 ou 100 livres sterlings par exemple à toucher au moment de la délivrance en cas de grossesse double. L'assurance est due au cas ou les bébés ont vécu deux heures, sauf erreur de ma part.

Docteur H. SURMONT.

MOTS DE LA FIN

Mlle X... s'est donné un coup à l'endroit le plus charnu de sa grassouillette personne. Elle va consulter un docteur.

— Est-ce que ça se verra, docteur ?

— Ça dépendra de vous, mademoiselle.

(*Marseille Médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le **VIe Congrès français de médecine** a tenu, du 1er au 5 avril sa session à Toulouse. Il était présidé par notre collègue, le professeur LEMOINE, qui a prononcé à la séance d'ouverture un discours remarqué sur le *développement de l'instrumentation et de la technique médicale au XIXe siècle et ses conséquences en clinique et en thérapeutique*. Les questions à l'ordre du jour : *Insuffisance hépatique, Convulsions de l'enfance, Médicaments d'épargne* ont été discutées avec ampleur, et de nombreuses communications ont été présentées, dont plusieurs membres de l'*Echo Médical du Nord* étaient les auteurs. Après des excursions dans les Pyrénées-Orientales, le Congrès a pris fin.

Le **VIIe Congrès** se tiendra à Paris en 1903 sous la présidence du professeur JACCOUD, avec MM. les professeurs BRISSAUD et HENROT (de Reims), comme vice-présidents, M. le professeur agrégé BALLET, comme secrétaire général, M. le docteur MERKLEN, comme trésorier. Les questions à traiter porteront sur *les formes cliniques de l'obésité, les injections mercurielles intramusculaires*.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Comité central de vaccine du département du Nord

En raison des nombreux cas de variole signalés à Lille depuis le début du mois d'avril, le **Comité central de vaccine** s'est réuni le vendredi 18 avril, sous la présidence de M. VINCENT, préfet du Nord.

M. le docteur OUI a présenté un rapport sur les mesures à prendre pour s'opposer à l'extension de l'épidémie.

Adoptant les conclusions de ce rapport, le Comité a décidé :

1° D'informer la population de la situation sanitaire actuelle et de l'engager à se soumettre sans retard aux inoculations vaccinales.

2° D'inviter les chefs des administrations publiques et les directeurs d'usines à faire vacciner leur personnel le plus tôt possible.

3° De créer dans les différents quartiers de la ville des centres de vaccination, dans lequels le public trouverait à des heures commodes, des médecins-vaccinateurs.

Une importante mesure a de plus été prise, de n'admettre comme visiteurs de malades dans les hôpitaux que ceux qui se seraient soumis préalablement à la vaccination le jour de leur visite. Le moyen est bon, et la mesure mériterait d'être appliquée dans toutes les villes où la variole menace de s'installer. Le Comité de vaccine a du reste trouvé dans le personnel de l'*Office sanitaire* de Lille un appui intelligent et empressé pour les mesures proposées.

D'ores et déjà, nous pouvons annoncer que des séances publiques et gratuites de vaccination auront lieu tous les dimanches, de 8 heures 1/2 à 10 heures du matin, à la Faculté de médecine.

L'Institut Pasteur continue ses séances de vaccination de 11 heures à midi, *tous les jours*.

— Le **Conseil de l'Université de Lille** a reçu vendredi, de la part de M. LIARD, directeur de l'enseignement supérieur, communication d'un projet d'achèvement de la bibliothèque universitaire dont nous aurons occasion d'entretenir nos lecteurs, quand les diverses conventions entre l'Université et la Ville auront été signées.

— Par décision ministérielle en date du 15 avril, **un Concours** pour un emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine d'Amiens aura lieu le 23 octobre prochain devant la Faculté de médecine de Lille.

Distinctions Honorifiques

Instruction publique. — Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs DEMOULIN, chirurgien des hôpitaux de Paris ; BERTRAND, de l'Institut Pasteur de Paris ; GUILLEMIN, directeur du service de santé à Nancy.

Officiers d'académie. — MM. les docteurs CHOBAUT, d'Avignon ; GIRES, VAUTHERIN, de Paris ; IMBEAUX, de Nancy.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs PÉRIER, de Bordeaux ; RENDU, agrégé et médecin des hôpitaux de Paris ; COURTEVILLE, de Vitry-en-Artois (Pas de Calais). Nous adressons à la famille de ce dernier confrère l'expression de nos vives condoléances.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le gérant : Th. CLERQUIN

N° 276. Sixième Année. N° 17 Le Numéro : 10 centimes. 27 Avril 1902

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques observations cliniques sur la valeur thérapeutique de l'héroïne

(éther diacétique de la morphine)

par le professeur **F. Combemale**
et **Huriez**, externe des hôpitaux, à Lille.

Les alcaloïdes de l'opium réservent encore au thérapeute et au praticien d'agréables surprises.

Quel merveilleux médicament fut l'opium dans la médecine du siècle passé ! quel précieux moyen il reste encore entre les mains des médecins de la marine ou des praticiens, dont par nécessité la matière pharmaceutique est restreinte ! Mais combien plus efficace encore est la morphine, cet alcaloïde de l'opium, dont peu de gens ignorent le nom, même dans les pays les plus reculés ?

Et cependant, celui qui ne connaît des alcaloïdes de l'opium que la morphime, est un retardataire ; et celui qui n'ordonne la codéine que par accident ne suit guère la science que d'un pied boiteux. L'apocodeine, la stypticine en effet, ont été l'objet devant les sociétés savantes et dans ce journal (1), d'études importantes et consciencieuses qui les ont signalées ou rappelées au monde médical. La thébaïne, l'apomorphine n'ont pas été moins étudiées. La connaissance de tous ces corps, si intéressants à divers titres, tirés de l'opium, s'impose donc à tous les médecins.

C'est encore d'un corps dérivé de la morphine, participant de ses propriétés thérapeutiques, que nous désirons entretenir nos lecteurs, de l'héroïne, dont l'emploi commence à se répandre en France et à l'étranger.

L'héroïne résulte de la substitution du groupement acétyl à l'hydrogène des deux oxhydriles de la formule de la morphine ; elle est la diacétylmorphine. C'est le chlorhydrate de cette héroïne, particulièrement soluble, dans l'eau, qui est employé, sous forme d'une poudre blanche, cristalline, très-fine, inodore, de saveur légèrement amère.

***

L'action de la morphine, lorsqu'on lui demande de réduire la susceptibilité des centres respiratoires, est bien connue ; mais il est non moins connu que cette action se répercute aussi sur les fonctions digestives, pour les pervertir ou les annihiler. La codéine possède déjà l'avantage appréciable, tout en agissant sur la respiration, de n'avoir pas les effets généraux désagréables que l'on reproche à la morphine. A en croire les recherches d'auteurs dignes de créance, l'héroïne posséderait à un degré encore plus marqué que la codéine, cette action sédative sur les centres respiratoires, et cette action s'exercerait exclusivement sur ces centres.

La chose est trop importante pour qu'on se soit fait faute de vérifier le fait ; et tous les témoignages sont concordants. De sorte que l'héroïne devrait, au dire de tous

(1) LAVIALLE et RUYSSEN. — La stypticine dans les épitaxis utérines et les hémoptysies. *Echo médical du Nord*, 1898, p. 225.
RAVIART et BERTIN. — L'apocodéine contre la constipation. *Echo médical du Nord*, 1900, p. 151.

les expérimenteurs et cliniciens, remplacer la morphine, quand il s'agit d'influer sur le système respiratoire.

En 1898, DRESER (d'Elberfeld) (1), le premier, étudiant les propriétés physiologiques et pharmadynamiques de ce corps nouvellement découvert, conclut à une action sur la respiration, plus spéciale encore que celle de la codéine. A la dose de 1 milligramme sur le lapin, il observait comme actions primordiales, un ralentissement marqué des mouvements respiratoires et une amplitude plus grande des respirations, en même temps que diminuait la consommation en oxygène. Les mêmes phénomènes étaient constatés chez l'homme ; et en plus, on notait l'efficacité de l'héroïne contre la toux.

Quelques mois après d'autres physiologistes, PAULESCO et GÉRAUDEL (2), mais surtout GUINARD (3), dans trois notes à la Société de biologie, et plus tard, dans la thèse de son élève SAINT-MARTIN (4), confirmèrent ces résultats. IMPENS (5) (de Bruxelles) de son côté, comparait la morphine et ses dérivés, péronine, dionine, héroïne, au point de vue de leur action sur la respiration et arrivait à cette conclusion que l'héroïne est à la fois la plus énergique et la moins toxique de ces quatre substances pour l'appareil respiratoire, qu'il s'agisse de l'homme ou de l'animal.

D'autre part, les travaux de DRESER avaient été le point de départ d'une série de recherches cliniques, consistant en applications à la thérapeutique des maladies de l'appareil respiratoire de l'héroïne. FLORET (6), le premier, se servit de l'héroïne contre la dyspnée et la toux, dans 160 cas de tuberculose pulmonaire, bronchite aiguë et chronique, emphysème, asthme, complications pulmonaires de la grippe. Chez la plupart de ses malades il constata une diminution très rapide de la dyspnée et de la toux ; l'amélioration de l'état général et l'abaissement de la température consécutif qu'il rapporte, ne peuvent toutefois être attribués sans réserves à l'héroïne. La conclusion qu'il considère l'héroïne comme supérieure à la morphine et à la codéine dans le traitement des affections broncho-pulmonaires, va devenir banale pour tous les auteurs qui ont rapporté leurs recherches après FLORET : aussi, nous l'inscrivons ici, et ne la reproduirons plus.

Après FLORET, STRUBE (7) à Berlin, BRAUSER (8) à Munich, NUSCH (1) de Nuremberg, PAWINSKI (2), de Varsovie, CLEMENTE FERREIRA (3), MANQUAT (4) BOLOGNESI (5) à Paris, devant la Société de thérapeutique, BEKETOFF (6) de Vienne, obtiennent les mêmes bons résultats, et joignent au faisceau d'observations recueillies des faits relatifs à la coqueluche, à l'œdème pulmonaire d'origine cardiarque. LÉO (7) de Bonn, dans sa louange va même plus loin et considère l'héroïne comme un véritable remède spécifique de l'emphysème et des maladies des bronches accompagnées de dyspnée. Il compare son action à celle de la digitale sur le cœur. BOUGRIER (8), dans sa thèse, ne signale que trois insuccès sur cinquante observations, et PAULESCO (9) a même relaté l'observation d'un homme affecté d'un anévrysme de l'aorte, avec crises de suffocation, qui fut notablement soulagé. Il n'y a pas lieu de trop s'en étonner, car nous relatons plus loin un fait de ce genre.

Si l'héroïne est avant tout un sédatif des centres respiratoires, on peut cependant lui demander aussi de calmer la douleur. Et l'analgésique ne le cède guère à l'eupnéique. Nombre de médecins ont substitué l'héroïne à la morphine avec des résultats très encourageants. EULENBURG (10) (de Berlin) a pratiqué près de trois cent cinquante injections de 5 milligrammes à 1 centigramme contre les affections douloureuses les plus diverses, la névralgie du trijumeau, la névralgie intercostale, le rhumatisme musculaire et articulaire, etc., et il a constaté les mêmes effets palliatifs qu'avec les doses doubles de morphine. De même TAUZSCH (11) (de Budapest) ; WIESNER (12) (d'Innspruck) ; BARDET (13) (de Paris) ; ARTAUD (14) (de Genève) ; SAINT-MARTIN (15) (de Lyon). Ils déclarent être toujours arrivés au but poursuivi, de supprimer la douleur, sans observer

(1) DRESER. — Pharmacologisches über einige Morphinderivate. In *Therapeutische Monatshefte*, 1898, p. 501.

(2) PAULESCO et GÉRAUDEL. — Recherches expérimentales sur l'éther diacétique de la morphine. *Journal de médecine interne*, mars 1899.

(3) GUINARD. — Recherches expérimentales sur l'éther diacétique de la morphine *Journal de physiologie et de pathologie générales*, septembre 1898.

(4) SAINT-MARTIN. — Etude expérimentale de pharmacodynamie sur l'étther diacétique de la morphine. Thèse Lyon, janvier 1900.

(5) IMPENS. — Action de la morphine et de quelques-uns de ses dérivés sur la respiration. *Journal médical de Bruxelles*, 1900, n° 16.

(6) FLORET. — Klinische Versuche über die Wirkung und Auwendung des Heroins. *Therapeutische Monatshefte*, 1898, p. 512.

(7) STRUBE. — *Berliner klinische* Wochenschrift, 1899, n° 45.

(8) BRAUSER. — Essais avec l'héroïne, *Belgique médic.*, 1902, p. 78.

(1) NUSCH. — Valeur thérapeutique de l'héroïne. *Rev. thér. méd. chir.*, 1901, p. 162.

(2) PAWINSKI et ADELT. — Emploi de l'héroïne dans les troubles respiratoires. *Rev. thér. méd. chir.*, 1901, p. 267.
PAVINSKY et ADELT. — L'héroïne dans les affections cardiaques. *Rev. thér. méd. chir.*, 1901, p. 492.

(3) CLEMENTE FERREIRA. — De l'emploi clinique du chlorhydrate d'héroïne. *Bulletin général thérapeutique*, 1899, p. 582.

(4) MANQUAT. — Note sur l'emploi de l'héroïne. *Bulletin général thérapeutique*, nov. 1899.

(5) BOLOGNESI. — *Bulletin général thérapeutique*, 1899, p. 536.

(6) BERKETOFF. — *Klinische therapeutische Wochenschrift*, 1899, n° 14.

(7) LÉO. — Uber den therapeutische Werth des Heroins. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1899, n° 12.

(8) BOUGRIER. — Etude chimique, physiologique et clinique de l'héroïne. *Thèse Paris*, 1899.

(9) PAULESCO. — Action de l'héroïne sur la respiration. *Journal de médecine interne*, 1899.

(10) EULENBURG. — Uber subcutanen Injectionen von heroïnum. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1899.

(11) TAUZSCH. — *Orvosi Hetilap*, 1898, n° 50.

(12) WIESNER. — *Deutsche Aertze Zeitung*, 1900.

(13) BARDET. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1899, p. 582.

(14) ARTAUD — Quelques observations cliniques sur l'emploi de l'éther diacétique de la morphine dans le traitement de la douleur. *Lyon Médical*, 1901.

(15) SAINT-MARTIN. — *Loco citato.*

de symptômes durables et persistants du côté des grandes fonctions. Mirtl (1) (de Vienne) sur cinquante malades de la clinique gynécologique a employé le médicament sous forme de tampons vaginaux trempés dans une solution d'héroïne dans la glycérine à 1 pour 1.000, de façon que chaque tampon véhiculait environ 1 centigramme à 1 centigramme 5 d'héroïne; et l'action calmante, des plus manifestes, commençait environ un quart d'heure après l'application du tampon et persistait de vingt-quatre à trente-six heures. Mêmes bons résultats obtenus en gynécologie par Elischer (2). Seul Morel-Lavallée (3), qui a étudié également l'action sédative de l'héroïne sur les douleurs, tout en lui accordant une grande valeur, la dit un peu supérieure à la morphine.

Le travail le plus considérable sur ce point est la thèse de Gantin (4). Or, ses observations sont des plus concluantes. Il affirme nettement que la sûreté de l'action de l'héroïne est indiscutable pour l'avoir observée dans des cas très différents : dans les affections du système nerveux, telles que névralgies, névrites, douleurs fulgurantes, névropathies, dans les affections aiguës des viscères abdominaux, colique hépatique, colique néphrétique, dans un carcinome de l'estomac, dans une perforation traumatique de l'intestin. Dans tous ces cas, l'action du médicament s'est toujours fait sentir avec une très grande rapidité. Chez le plus grand nombre des malades, une piqûre faite le soir amenait une sédation des douleurs se prolongeant toute la nuit et était suivie bientôt d'un sommeil calme, n'ayant pas le caractère lourd et « pathologique » de celui qu'on voit survenir si souvent à la suite de l'emploi de la morphine.

D'autres expérimentateurs encore ont bien contrôlé ces dires déjà si nombreux et si remarquablement convergents, Herrnheiser (5), Stern (6), Laumonier (7), Mazotti (8), Rosenberg (9). Nous ne pouvons tout citer, mais nous croyons devoir signaler ci-dessous les indications bibliographiques utiles (10).

(1) Mirtl. — Mittheilungen uber therapeutische Versuche mit Heroin. *Wiener klinische Rundschau*, 1899, n° 25.

(2) Elischer. — Emploi du chlorhydrate d'héroïne en gynécologie. *Rev. thér. méd. chir.*, 1902, p. 280.

(3) Morel-Lavallée. — La morphine remplacée par l'héroïne. *Revue de médecine*, 1900, p. 872.

(4) Gantin. — Contribution à l'étude de l'éther diacétique de la morphine (héroïne), son action analgésique, ses rapports avec la morphine. *Thèse Lyon*, 1901, n° 141.

(5) Herrnheiser. — A propos de quelques médicaments nouveaux usités en oculistique. *Rev. thér. méd. chir.*, 1901, p. 453.

(6) Stern. — Observations sur l'efficacité de l'héroïne. *Belg. méd.*, 1901, p. 75.

(7) Laumonier. — Propriétés thérapeutiques de quelques dérivés récents de la morphine : héroïne. *Nouv. Rev.*, 1901, p. 390.

(8) Mazotti. — Sur l'emploi thérapeutique de l'héroïne. *Rev. thér. méd. chir.*, 1902, p. 68.

(9) Rosenberg. — Le chlorhydrate d'héroïne en applications locales. *Rev. thér. méd. chir.*, 1902, p. 93.

(10) *La Belgique médicale*, 1901, p. 75, contenait la bibliographie suivante, que nous reproduisons, sans avoir pu contrôler la source de ses informations.

Abrohnsohn — Traitement de l'hémoptysie grave.

Floekinger. — Observations cliniques sur l'héroïne, comparée avec la morphine et la codéine.

Mac Gee. — L'héroïne dans la toux.

Powell. — Résultats pratiques de l'héroïne comme agent thérapeutique.

Brown et Tompkins. — L'héroïne comme analgésique.

Moody. — Note sur quelques nouveaux remèdes.

Lowenthal. — L'héroïne contre la toux des phtisiques et la coqueluche.

Freudenthal. — Traitement de la tuberculose du larynx.

***

L'héroïne se présente donc à l'heure actuelle avec le parrainage que nous avons rappelé, comme un sédatif du système nerveux général, avec élection sur les centres bulbo-médullaires. Ces propriétés si importantes ne sauraient être trop contrôlées, dans leurs diverses modalités. Aussi, nous avons tenu à la clinique médicale de l'hôpital de la Charité, à nous faire une opinion personnelle sur ce médicament, dont l'avenir devrait être si brillant, si l'on n'exagère rien, et à déterminer sa valeur thérapeutique, comme aussi à en reconnaître les inconvénients.

Comme les auteurs précités, nous nous sommes servis de l'héroïne, qu'avait mise à notre disposition la maison F. Bayer, dans les cas d'observation courante où la morphine rend des services. Nous l'avons tout d'abord donnée contre la toux dans les maladies de l'appareil respiratoire, tuberculose pulmonaire et laryngée, bronchite aiguë et chronique, etc. ; nous l'avons ensuite employée comme antidyspnéique chez quelques cardiaques ; enfin comme analgésique dans diverses affections douloureuses. Et presque toujours nous avons obtenu les résultats que nous en attendions. Enfin, nous n'avons pas craint, chez des incurables, de prolonger l'usage de l'héroïne, même pendant plusieurs mois, pour en connaître les conditions d'accoutumance.

Dans l'administration de ce médicament nous avons surtout eu recours, parce que plus commode, à la voie hypodermique ; les injections étaient faites avec une solution aqueuse de chlorhydrate d'héroïne à 1 pour 200 ; un centimètre cube, deux parfois, c'est-à-dire cinq milligrammes et un centigramme, suffisaient pour calmer les malades pendant six à douze heures ; et l'on répétait ces doses, si besoin était.

L'effet se faisait sentir ordinairement cinq à dix minutes après l'injection.

A. — L'héroïne antidyspnéique et calmante

Observation I. — D... Louis, tapissier, 20 ans, sorti de l'Infirmerie de la prison centrale de Lille le 18 octobre 1901, entre le jour même à l'hôpital de la Charité, pour une bronchopneumonie tuberculeuse à marche très rapide. La toux est des plus fréquentes et empêche absolument le malade de dormir. Une potion calmante contenant de la morphine est donnée pendant quatre jours sans amener de notable amélioration. Le 25 novembre 1901, on injecte

matin et soir cinq milligrammes d'héroïne ; le malade tousse encore la nuit suivante, mais il a pu néanmoins dormir quelques heures. Le lendemain même traitement : le malade tousse beaucoup moins et passe une très bonne nuit. On continue pendant quelques jours, mais le malade recommence à tousser beaucoup, l'héroïne ne le soulage plus. Il meurt d'ailleurs au bout de quelques jours.

Observation II. — V... Charles, 50 ans, est un artério-scléreux atteint de bronchite chronique avec emphysème. Depuis longtemps il respire difficilement : il tousse et crache continuellement et cette toux l'empêche de dormir. On lui injecte, le 31 octobre, en deux fois, un centigramme d'héroïne, ce qui lui calme sa toux et facilite sa respiration ; mais toute la journée durant il a des étourdissements : « il se trouve comme ivre ». Ces mêmes doses sont continuées pendant trois ou quatre jours, pendant lesquels il se trouve très bien ; il quitte même l'hôpital le 6 novembre, ne toussant presque plus et respirant beaucoup plus facilement. Mais les symptômes d'ivresse héroïnique : étourdissements, vertiges légers, parfois nausées, ont duré tout le temps du traitement par l'héroïne, contrairement à ce que nous avons observé chez d'autres malades.

Observation III. — V... Alphonse, 21 ans, est un phtisique avec excavations et œdème cachectique des jambes. Sa dyspnée est assez prononcée, la toux assez fréquente pour réveiller le malade dès qu'il s'assoupit. Un centigramme d'héroïne lui est donné le 2 novembre en deux fois dans la journée : quelques minutes après l'injection du matin il se trouve mieux et tousse moins ; la nuit suivante il peut dormir ; les jours suivants la même médication est continuée ; le malade respire beaucoup mieux, mais comme son état général s'aggrave, ses parents le font sortir de l'hôpital.

Il ne s'est jamais plaint d'étourdissements ni de nausées.

Observation IV. — A... Georges, 21 ans, est aussi un phtisique, qui tousse beaucoup, qui a des sueurs très abondantes, et ne peut dormir. Un demi centigramme d'héroïne lui est injectée le 1er novembre au matin : après quoi il tousse moins dans la journée, mais il ne peut cependant dormir la nuit suivante ; le lendemain nouvelle injection : il a peu toussé et a bien dormi toute la nuit. De même le 3 novembre, il ne tousse presque plus.

Observation V. — S... Albert, 25 ans, est porteur d'une cardiopathie d'origine rhumatismale, accompagnée de bronchite chronique. Il entre le 4 novembre 1901, toussant et crachant beaucoup : la toux le réveille à chaque instant la nuit.

Dès son entrée, on lui fait un injection d'un demi-centigramme d'héroïne. Au bout de quelques minutes, la toux s'apaise, le malade tousse encore un peu, mais peut dormir une grande partie de la nuit ; sous l'influence de cette médication, la toux diminue de plus en plus, au point qu'on cesse le 10 novembre les injections d'héroïne. Le 25 du même mois, le malade recommence à tousser ; on lui fait sa piqûre tous les soirs, ce qui lui permet de bien dormir la nuit ; on cesse le 10 décembre.

Observation VI. — D..., Charles, 41 ans, attein[illegible] laryngée au stade ulcéreux, se plaint de violen[illegible] laryngées, il tousse très fréquemment, surto[illegible] 5 novembre, un demi-centigramme d'hér[illegible] soir ne paraît pas calmer [illegible] le m[illegible] main, par les mêmes dos[illegible] malade [illegible] peut dormir la nuit enti[illegible] tion les jours suivants, [illegible] malade [illegible] tion d'héroïne, il tous[illegible] son état s'aggrave. L[illegible]

la fin du mois de novembre, 2 centigrammes en deux fois dans la journée sont nécessaires pour le soulager ; la morphine n'amène pas cette sédation, même aux doses doubles ; l'héroïne seule calme bien ses douleurs et sa toux. La mort survient le 9 décembre.

Nous avons noté que le premier jour, à la suite des injections il a eu des étourdissements et des nausées pendant environ une heure ; et le lendemain seulement un léger mal de tête.

Observation VII. — C..., Jean Baptiste, 47 ans, porteur d'une symphyse cardiaque d'origine rhumatismale, en hyposystolie permanente avec œdème des jambes, congestion pulmonaire, a beaucoup de difficulté à respirer, en même temps qu'une toux quinteuse opiniâtre aboutissant à l'hémoptysie l'empêche de dormir. On lui injecte, le 25 octobre 1901, cinq milligrammes d'héroïne. Au bout de dix minutes il respire beaucoup plus librement, sa toux se calme, mais il est pris en même temps d'un malaise général, de nausées, puis de vomissements tels qu'il refuse le soir à se laisser injecter une nouvelle dose d'héroïne.

Observation VIII. — D..., Antoine, ancien pleurétique, a son poumon droit immobilisé par des adhérences pleurales ; en même temps il fait facilement de la congestion du foie, et son myocarde fléchit par instants. A son entrée à l'hôpital il est très oppressé : 32 respirations par minute. L'injection de cinq milligrammes d'héroïne lui permet de respirer plus facilement ; un quart d'heure après l'injection le nombre des respirations tombe à 18 par minute.

Observation IX. — Pr..., Alphonse, 46 ans, en asystolie par insuffisance aortique, se présente aux premiers jours de novembre à l'hôpital avec une dyspnée intense, exagérée par le moindre mouvement, des douleurs rétrosternales, de l'œdème pulmonaire marqué. Un centigramme d'héroïne pendant trois jours calme un peu le malade, sans donner toutefois une complète sédation ; du reste, il sort à peine entré. Mais, nous le revoyons le 16 décembre, très oppressé encore et présentant en même temps des douleurs rétrosternales et des douleurs vagues dans le bras qui font penser à de l'aortite, ou à de la compression des plexus nerveux. Le 19, après une injection de cinq milligrammes, au bout de quinze minutes le malade se trouve beaucoup mieux, il respire beaucoup plus facilement et a moins de douleurs ; le lendemain matin il se trouve beaucoup mieux que les autres jours ; même médication que les jours suivants : et il sort le 22, n'ayant plus de douleurs et respirant très bien.

Observation X. — R..., Joseph, 70 ans, est un cas typique de bronchite chronique avec emphysème, c'est dire que la toux et la dyspnée l'amènent à l'hôpital. Le 12 novembre, on injecte matin et soir un demi-centigramme d'héroïne, ce qui calme la toux et rend la dyspnée beaucoup moins intense. On continue le même traitement pendant quelques jours ; sous son influence le malade respire plus largement, tousse, crache beaucoup moins. Il [illegible] 19 novembre dans un état relativement satis[illegible]

[illegible] XI. — D..., Ernest, est un tuberculeux [illegible] la dernière période. D'après ses [illegible] peut dormir à cause d'une toux [illegible] dyspnée intense et en même [illegible]. Le 13 novembre, deux injec[illegible] mi-centigramme de morphine. [illegible] première injection ; la nuit est [illegible] cation est ainsi continuée les

jours suivants, le malade est enchanté, et est persuadé qu'il va guérir : plus de crises d'étouffement, quintes de toux moins fréquentes, nuits très bonnes, fièvre diminuée et sueurs nocturnes presque supprimées. Un pneumothorax se déclare, les douleurs très vives qui l'accompagnent sont bien calmées et au bout de peu de temps, mais en doublant la dose. Du fait du pneumothorax, l'état s'aggrave ; on est obligé d'augmenter encore la dose, et enfin de tripler la dose première d'héroïne. Jusqu'au jour de la mort, qui survient le 7 décembre, il attend avec impatience les injections,qui lui procurent un grand bien-être.

Observation XII. — T..., Jules, 32 ans, pour avoir souvent travaillé dans les poussières, a de la pneumoconiose et emphysème. Il tousse beaucoup, surtout la nuit et a peine à expectorer. Le 13 novembre, on lui injecte matin et soir un demi-centigramme d'héroïne, il tousse beaucoup surtout la nuit : on continue pendant trois jours avec le même succès. Mais il se trouve obligé de sortir de l'hôpital, on le fournit alors de quelques tabloïdes de 0 gr. 005 de chlorhydrate d'héroïne, dont il devra prendre une tous les soirs. Revu quelques jours plus tard, le malade dit respirer beaucoup mieux et ne tousser presque plus.

Observation XIII. — D... Louis, 48 ans, est aussi un emphysémateux. Depuis longtemps, il respire le jour péniblement, et la nuit il lui survient des accès d'étouffements précédés de quintes de toux fatigantes. Le 13 novembre, au matin, on lui fait une piqûre d'un demi-milligramme d'héroïne, mais il a de tels maux de tête, vertiges, puis plus tard des nausées et des vomissements, qu'il refuse l'injection du soir. Pourtant, il a pu respirer plus facilement et dormir la nuit suivante. Pendant deux autres jours, on lui injecte la même dose d'héroïne, et chaque fois il éprouve les mêmes symptômes d'intoxication. Aussi, cesse t-on chez lui cette médication, malgré le bénéfice qu'il en retire d'autre part.

Observation XIV. — U..., Louis, 37 ans, est un tuberculeux à la période ultime, en état de cachexie très prononcée. Beaucoup de moyens ont été employés pour calmer une toux incessante et une dyspnée par accès, mais sans résultat bien sensible.

Le 13 novembre, on lui injecte matin et soir cinq milligrammes d'héroïne ; cette injection permet au malade de dormir la nuit suivante ; on continue ce traitement les jours suivants, il tousse moins et peut reposer. Bientôt, on passe à deux centigrammes par jour en quatre injections parce que la toux est plus forte. La mort survient le 23 novembre.

Observation XV. — D..., Gustave, 36 ans, phtisique, tousse beaucoup depuis deux mois, la nuit surtout, ce qui amène une insomnie presque complète. A dater du 16 novembre on injecte par jour un centigramme d'héroïne, et c'est du soulagement pour le malade ; quand par accident on suspend l'injection, le malade recommence à tousser violemment et à devenir très oppressé. Mais la sédation n'a plus une si longue durée au bout de quelques temps, le malade s'habitue à l'héroïne ; dès le 23 décembre un centigramme matin et soir devient nécessaire ; la mort survient au commencement de janvier 1902.

Observation XVI. — D..., Alexandre, 41 ans, présente de la tuberculose pulmonaire au début ; l'oppression est très grande depuis deux ou trois mois, quinteuse et fréquente toutes les nuits. Le 16 novembre, au soir, une dose de cinq milligrammes d'héroïne le soulage un peu : le 17 la même dose donnée matin et soir calme bien sa toux ; l'état peu avancé de ses lésions le fait admettre au pavillon des tuberculeux.

Observation XVII. — F..., Emile, 45 ans, en est à la période terminale de la tuberculose pulmonaire ; il se plaint particulièrement de l'insomnie causée par une toux opiniâtre, que les potions à la morphine ne parviennent plus à calmer. Le 18 novembre, on lui injecte en deux fois un centigramme d'héroïne ; et sans délai le malade tousse moins et se trouve moins oppressé. On continue les jours suivants, et chaque fois il se trouve bien soulagé ; aussi cesse-t-on le 24 novembre. Mais gêné à nouveau par la toux, on reprend le centigramme d'héroïne en deux fois chaque jour, le 2 décembre Cette fois, il tousse encore beaucoup, reste oppressé, mais il peut dormir. A dater du 13 décembre, on est obligé de doubler la dose et encore le calme ne survient plus que pendant quelques heures. Le 25 décembre, il faut injecter un centigramme et demi, matin et soir pour pouvoir le calmer un peu et lui permettre de dormir. L'état général déjà très mauvais, s'aggrave et se complique d'une diarrhée des plus rebelles, qui amène la mort le 6 janvier 1902.

Observation XVIII. — S... Nicolas, 63 ans, est un bronchitique avec emphysème, dont la lésion a retenti sur le cœur. Lors de son entrée à l'hôpital, sa dyspnée est intense, la toux continuelle, les râles très nombreux dans la poitrine ; la nuit des accès de suffocation le réveillent. Pour calmer sa dyspnée, le 20 novembre au matin, on injecte 5 milligrammes d'héroïne ; très peu de temps après surviennent des étourdissements, de légères nausées, mais de façon très éphémère. Mais ensuite, le malade se trouve bien soulagé, il peut respirer beaucoup plus largement et tousse beaucoup plus librement. Une nouvelle dose est injectée le soir et les deux jours suivants, et chaque fois calme très bien sa dyspnée.

Quelques jours après, à la suite d'une sortie par un temps froid et humide, le malade se présente de nouveau dans un état lamentable, il ne sait comment se tenir pour respirer commodément, et réclame sa piqûre d'héroïne qui ramène un peu de calme dans sa respiration.

Observation XIX. — B..., Arthur, porteur d'une énorme tumeur du médiastin postérieur qui comprime trachée et vaisseaux, entre à l'hôpital, le 14 décembre, en orthopnée, la respiration sifflante, avec une oppression telle qu'il ne peut parler. Tirage sus sternal. Exophtalmie, veines du cou très dilatées, ganglions sus-claviculaires et axillaires engorgés, œdème des bras, cours du sang renversé dans les veines sous-cutanées abdominales, etc. Dans le but de soulager cette angoisse respiratoire ; on injecte d'emblée un centigramme d'héroïne, qui calme au bout d'un quart d'heure suffisamment le malade pour qu'il profite de ce moment pour manger. Le 15 décembre, à la visite, on trouve le malade dans le même état que la veille, et un centigramme produit le même bon résultat. Le 16 décembre même traitement, même calme ; mais la nuit suivante, il est pris de tels accès de suffocation que l'interne de garde, ignorant que l'héroïne lui était réservée, fait deux injections d'un gramme de morphine qui le soulagent pendant quatre heures.

Le 17 matin, même état très grave ; on fait coup sur coup trois injections de cinq centigrammes d'héroïne, ce qui donne un peu de repos au malade, et au bout d'un quart d'heure lui permet de sommeiller un peu. Mais la mort survient dans la nuit qui suit.

Observation XX. — D..., Auguste, 30 ans, est atteint d'une bronchite aiguë, caractérisée par de l'oppression, une toux très fréquente et violente, des râles sonores très nombreux. Pour le calmer, on injecte, le 24 décembre, un

centigramme d'héroïne en deux fois ; sa toux et sa dyspnée sont amoindries, et il lui est permis de bien dormir.

Observation XXI. — G..., Jean, 18 ans, entre pour une bronchite aiguë simple ; comme il tousse beaucoup, on lui injecte cinq milligrammes d'héroïne le matin : sa toux en est vite calmée ; on répète cependant la dose le soir, et le malade ne tousse plus que très peu et passe une très bonne nuit.

Observation XXII. — W..., Pharaïlde, est une phtisique parvenue à la troisième période, qui tousse beaucoup. Le 3 janvier 1902, pour modérer sa toux, on lui injecte matin et soir cinq milligrammes d'héroïne, et l'on calme bien sa toux par ce moyen dès le premier jour. Les jours suivants on continue le traitement et la malade peut faire de cette manière de bonnes nuits. Quand, par oubli, il ne lui est pas fait d'injection, elle n'arrête pas de tousser. En fin janvier, son état s'aggrave, et on est obligé de doubler les doses.

Observation XXIII. — L..., Suzanne, 32 ans, tuberculeuse pulmonaire assez avancée, tousse beaucoup ; le 14 janvier par suite d'une petite congestion pérituberculeuse, elle est tellement oppressée qu'elle ne sait comment se coucher pour respirer : elle se plaint en même temps de douleurs dans le dos. L'injection d'un demi-centigramme d'héroïne calme très vite sa toux et lui permet de respirer beaucoup plus facilement.

Observation XXIV. — D..., Eugène, 39 ans, est un ancien pleurétique chez qui de larges adhérences pleurales empêchent une respiration libre et provoquent de la dyspnée au moindre effort, au point qu'il ne peut plus faire aucun travail pénible. Le 19 janvier 1902, plus dyspnéique que d'habitude, il entre à l'hôpital : cinq centigrammes d'héroïne matin et soir diminuent sensiblement sa dyspnée le jour même, et la font tomber complètement les jours suivants : il sort le 25 janvier se croyant bien guéri.

La lecture des vingt-quatre observations ci-dessus pourrait se passer de commentaires. Presque toutes les causes organiques de toux et de dyspnée sont représentées dans ces vingt-quatre cas : bronchite aiguë (obs. XX et XXI), tuberculose au début (obs. XVI), congestion pérituberculeuse (obs. XXIII), adhérences pleurales (obs. VIII et XXIV), phtisie laryngée (obs. VI et XXI), bronchopneumonie tuberculeuse (obs. I), bronchite chronique avec emphysème (obs. II, X, XII, XIII, XVIII), phtisie à la dernière période (obs. III, IV, XIV, XV, XVII, XXII), cardiopathies avec asystolie (obs. V, VII, IX), tumeur du médiastin (obs. XIX). Or, sur vingt-quatre malades, à qui l'héroïne a été donnée d'une à cent fois et plus, il n'en est pas un seul chez qui du soulagement n'ait été apporté.

Chez tous, très rapidement la toux diminuait d'intensité et de fréquence, chez tous la respiration se faisait beaucoup plus librement et, résultat très appréciable aussi pour tous, par suite de cette sédation de la toux et de la dyspnée, le sommeil survenait plus ou moins complet. Les tuberculeux, qui se plaignaient de transpirer beaucoup la nuit, voyaient en outre leurs sueurs diminuer considérablement, elles ont même disparu complètement chez un de nos malades (obs. XI).

Pour arriver à ce résultat, la dose quotidienne d'un centigramme d'héroïne en deux fois suffisait presque toujours ; et ce n'est qu'à la période ultime de la tuberculose ou chez le malade atteint de tumeur du médiastin (obs. XIX) que nous avons dû augmenter la dose et injecter jusqu'à deux et trois centigrammes par jour.

L'héroïne contre la dyspnée et la toux est donc un médicament sûr, d'action rapide et durable.

B. L'héroïne analgésique

Observation XXV. — G..., Edouard, 50 ans, est un tabétique, qui présente tantôt des douleurs fulgurantes dans les membres, tantôt des crises gastriques des plus pénibles ; la morphine donnée à assez forte dose depuis plusieurs mois n'arrivait à le calmer que pendant une heure ou deux, et il est devenu morphinomane. A partir du 25 octobre, on substitue l'héroïne à la morphine : on injecte un centigramme par jour en deux fois. Le jour les douleurs fulgurantes sont supprimées pendant sept ou huit heures et l'injection du soir permet au malade de dormir. Vers le 12 novembre les injections sont suspendues et pendant six jours le malade ne reçoit plus aucune injection ni de morphine, ni d'héroïne. Le 18 novembre, à l'occasion de violentes douleurs gastriques, on injecte à nouveau un centigramme d'héroïne, qui calme bien les douleurs ; le malade s'habitue vite à ce calme que lui donne l'héroïne ; on a négligé d'en suspendre l'emploi, et il attend avec impatience l'heure de sa piqûre. Le 6 décembre, les douleurs semblent plus pénibles que d'ordinaire, un centigramme et demi est injecté en une fois. A partir de ce jour deux centigrammes par jour sont nécessaires, et même trois, les jours où il a de plus fortes crises.

Le 13 février 1902, c'est-à-dire trois mois après les injections d'héroïne, le malade est toujours bien soulagé avec deux centigrammes par jour ; mais les douleurs qui lui font réclamer sa piqûre ne sont que des sensations de brûlures par tout le corps, en même temps que de vagues douleurs à la région stomacale, de sorte que les douleurs fulgurantes et les crises gastriques ne sont plus en jeu, mais bien l'accoutumance et la sensation de besoin. G... est héroïnomane. Nous résistons deux jours à ses sollicitations, vers les derniers jours de février, et l'accoutumance finit ainsi, sans troubles notés.

Observation XXVI. — W..., Jean-Baptiste, 42 ans, entre pour des coliques saturnines des plus violentes. La médication consiste à injecter en deux fois un centigramme d'héroïne. Les 30 et 31 octobre, les coliques en sont bien un peu calmées, mais la sédation n'est pas complète. Ce n'est que le 1er novembre que la sédation est beaucoup plus marquée : un quart d'heure après les injections le malade ne ressent plus que quelques douleurs dans le ventre, et elles marquent la fin de sa colique saturnine.

Observation XXVII. — M... Antoine, 48 ans, entre aussi à l'hôpital pour coliques saturnines, d'intensité moyenne. Il suffit d'un centigramme d'héroïne donné le 3 novembre pour les faire diminuer très sensiblement.

Observation XXVIII. — D..., Théophile, 32 ans, atteint de sclérose en plaques, se plaint le 7 novembre de douleurs névralgiques dans tout le membre inférieur droit. L'injection d'un demi-milligramme d'héroïne rend ces douleurs d'abord supportables, puis nulles ; mais le malade a des nausées et même des vomissements durant plusieurs heures après l'injection.

Observation XXIX. — P..., Paul, 45 ans, est un cas de

tabes avec crises gastriques violentes se présentant deux et trois fois par an, qui l'amènent pour une quinzaine chaque fois à l'hôpital; il n'existe du reste pas d'autre signe douloureux. Le 10 novembre, le malade entre et est aussitôt soumis à l'injection d'un demi milligramme d'héroïne. La sédation suit immédiatement l'injection; mais le 12 novembre, les douleurs sont devenues beaucoup plus violentes encore; elles sont à nouveau vite calmées par l'injection d'un milligramme d'héroïne. La sensation d'ivresse après les injections est notée chaque fois.

Observation XXX. — L..., Julie, est aussi une tabétique; elle présente des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs très fréquentes; elle porte une arthropathie tabétique du genou. Déjà, depuis quelques semaines, elle reçoit quelques centigrammes de morphine, lorsque le 20 novembre on a recours pour les remplacer à un centigramme d'héroïne en deux fois; les sensations douloureuses ne sont pas perçues ce jour-là, non plus que les jours suivants : il est vrai que la malade n'est pas informée de la substitution Mais à partir du 1er décembre le soulagement ne survient plus que pendant quelques heures par cette dose d'héroïne, et la malade dit souffrir beaucoup et attend avec impatience l'heure de l'injection. Cependant ce n'est que le 10 décembre qu'on élève la dose à deux centigrammes par jour, ce qui calme bien les douleurs fulgurantes des membres, et surtout des fortes douleurs d'estomac et des coliques. Le 22 décembre néanmoins ces douleurs sont tellement violentes qu'il faut un centigramme et demi d'un seul coup pour les calmer. Vers le 25 janvier, c'est trois centigrammes par jour qu'on lui fait; il n'est plus possible de savoir si elle souffre, mais on sait fort bien par ses cris qu'elle réclame son héroïne; du reste, dans le courant du mois de janvier de la constipation est survenue; durant quatorze jours il n'y a pas eu de selles, et l'encombrement intestinal n'a cédé qu'à plusieurs purgatifs très actifs.

Observation XXXI. — L..., Edmond, 50 ans, souffre de névralgie sciatique avec points caractéristiques. Le 21 novembre on fait une injection, matin et soir, de cinq milligrammes d'héroïne. Après l'injection du matin, est survenu un étourdissement léger et quelques nausées; après celle du soir, les nausées se sont encore accentuées jusqu'au vomissement. Le lendemain, malgré les phénomènes observés la veille, on renouvelle l'injection, et quelques minutes après on note encore des étourdissements puis des vomissements. Toute l'après-midi le malade a du reste de telles nausées qu'il lui est impossible de manger le soir. Devant ces phénomènes d'intoxication, on cesse l'héroïne qui avait pourtant bien diminué la douleur spontanée de la sciatique.

Observation XXXII. — D..., Théophile, 30 ans, entre pour une névralgie sciatique. Le 21 novembre, on lui fait matin et soir une injection de cinq milligrammes d'héroïne qui le calment peu. Le 25 et pendant les quelques jours suivants, on revient à l'héroïne, à la dose d'un centigramme par jour, et les douleurs diminuent très notablement après chaque injection.

Observation XXXIII. — B..., Julien, tabétique, est en proie à des douleurs fulgurantes intolérables presque continues. Le 22 novembre on lui fait une injection d'un demi milligramme d'héroïne, et sous son influence les douleurs diminuent sensiblement, mais on note que quelques minutes après l'injection, le malade a eu de tels étourdissements qu'il a été obligé de se coucher, et toute la journée il a des nausées et même des vomissements dans l'après-midi. Aussi refuse-t-il l'injection qui avait été prescrite pour le soir.

Observation XXXIV. — V..., Arthur, 56 ans, est encore un tabétique qui présente des douleurs fulgurantes dans les jambes très fréquentes, actuellement continues dans le pied droit qui est le siège d'une arthropathie, et telles que le malade demande qu'on lui fasse l'amputation du membre inférieur droit. Le 1er décembre au soir, pour calmer ces douleurs, on pratique une injection de cinq milligrammes d'héroïne, à la suite de quoi il a beaucoup moins souffert. Le 2, l'injection est faite à la même dose matin et soir; le malade a encore quelques douleurs, mais elles sont beaucoup moins intenses que les jours précédents. On continue la même médication pendant trois jours et le résultat est tel que le malade, très soulagé, ne parle plus d'amputation et sort sur sa demande.

Observation XXXV. — C..., Emile, 36 ans, est entré à l'hôpital pour douleurs très vives avec défense musculaire dans l'hypochondre droit : on croit reconnaître le point de Mac Burney, la fièvre est 39°, il y a de la constipation; des applications chaudes sont ordonnées pour résoudre cette douleur; mais le 25 décembre les coliques appendiculaires sont assez intenses pour qu'on fasse une injection d'un demi centigramme d'héroïne. Au bout de quelques minutes, les douleurs sont rendues très supportables; comme elles recommencent le soir, on a recours au même traitement qui donne le même résultat. Le 26, au matin, le malade souffre à nouveau beaucoup; un centigramme en injection calme encore très rapidement et très sensiblement ses douleurs.

Observation XXXVI. — D.., Edouard fait sous nos yeux une orchite aiguë blennorrhagique avec douleurs dans le testicule gauche fort intenses. L'injection de cinq milligrammes d'héroïne le 9 janvier soir calme vite et pour toute la nuit les douleurs du malade; le lendemain, les douleurs étant plus supportables, on n'a plus recours à l'héroïne.

Observation XXXVII. — D..., Prosper, 65 ans, porteur d'un carcinome de l'estomac, se plaint, le 11 janvier 1902, de douleurs assez violentes dans la région épigastrique. Une injection de cinq milligrammes d'héroïne est faite; quinze à vingt minutes après, les douleurs sont beaucoup moins fortes et restent ainsi jusqu'au lendemain matin. A la suite d'une nouvelle piqûre, les douleurs sont calmées de nouveau au bout de quelques minutes.

Dans les treize observations qui précèdent, l'action analgésique de l'héroïne ne peut faire de doute. Les douleurs les plus diverses sont calmées, aussi bien celles du carcinome stomacal (obs. XXXVII), celles de la colique saturnine (obs. XXVI, XXVII), celles de l'orchite (obs. XXXVI), que celles de la sciatique (obs. XXXI, XXXII), celles de la colique appendiculaire (obs. XXXV), celles d'une sclérose en plaques (obs. XXVIII), que les douleurs fulgurantes ou les crises gastriques du tabes (obs. XXV, XXIX, XXX, XXXIII, XXXIV). L'intensité de cette action analgésique est remarquable, puisqu'un demi-centigramme a presque toujours suffi pour calmer lors d'une première injection. La rapidité de l'action n'est pas moins à retenir, comme aussi la durée pendant laquelle la souffrance est suspendue. C'est du reste à des conclusions analogues qu'arrivait Gantin dans son travail; aussi nous nous contentons de résumer brièvement ce point.

⁂

Qu'on emploie l'héroïne contre la toux et la dyspnée ou contre la douleur, nous pouvons donc conclure, avec ceux qui avant nous ont expérimenté la diacétyl-morphine, qu'elle est un bon médicament d'une grande valeur, par la sûreté, l'intensité, la rapidité et la durée de son action.

La parenté de l'héroïne avec la morphine appelle une comparaison entre ces deux substances. Certes, nos observations cliniques n'ont pas eu pour objet cette étude comparée ; néanmoins, les observations I, XIV, XVII, XXV, XXX, qui ont trait à des malades traités par la morphine. avant d'être traités par l'héroïne, rapprochées des impressions fournies par les cas où la morphine avait été employée chez les mêmes sujets pour des accidents identiques, nous permettent un jugement clinique en faveur de l'héroïne. La merveilleuse instantanéité, dont parle M. Morel-Lavallée, et qui est l'apanage de la morphine mise à part, toutes les autres qualités de l'héroïne en font un analgésique supérieur à la morphine; durée, intensité d'action, moindres doses pour un effet supérieur sont choses très appréciables et très appréciées à la fois du malade, qui est nettement soulagé, du médecin qui peut compter sur plusieurs heures de calme de plus, et n'entrevoit pas le spectre de l'accoutumance. L'absence enfin des effets secondaires désagréables inhérents à la morphine ne laisse pas aussi que de prévenir en faveur de l'héroïne ; nul trouble en effet du côté du tube digestif, pas de perte d'appétit notamment, peu ou pas de constipation — nous ne l'avons constaté que deux fois et chez deux tabétiques qui, avant l'emploi de l'héroïne, étaient sujets à des constipations des plus opiniâtres. Pas davantage d'excitation psychique à la suite de l'injection, pas davantage d'obnubilation ou de dépression au réveil, comme c'est la règle à la suite des injections de morphine. Nous accordons donc, pour toutes ces raisons, la prééminence à l'héroïne, en ce qui concerne la sédation de la toux, de la dyspnée, de la douleur.

S'il s'agissait de dire notre opinion sur l'action hypnotique de l'une et de l'autre substance, nos conclusions à ce point de vue seraient peut-être différentes, car l'héroïne nous a paru favoriser le sommeil, parce qu'elle calmait les symptômes qui l'empêchaient ; l'héroïne serait donc secondairement un hypnotique, alors que la morphine possède cette propriété primaire. Mais ce n'est pas le lieu de faire cette comparaison.

Comme Stadelmann, nous avons recherché si l'accoutumance, c'est-à-dire cette tolérance acquise par l'emploi prolongé d'un médicament et qui oblige à une élévation progressive des doses pour continuer à obtenir les mêmes effets thérapeutiques, existait pour l'héroïne, comme pour la morphine. Nous devons dire que l'accoutumance existe, mais relativement peu marquée, et quasi négligeable; il a fallu deux et trois mois pour passer d'un centigramme à trois centigrammes (Obs. XXX, XXV). En trois mois, à combien de centigrammes de morphine ne serait-on pas chez semblables malades dans les hôpitaux, où l'on a la piqûre si facile, internes et surveillantes ?

Cette absence d'accoutumance, la nécessité de moindres doses pour calmer, le manque de sensations agréables accompagnant l'injection d'héroïne nous ont, nous aussi, engagés, à démorphiniser deux malades par l'héroïne (Obs. XXV et XXX).

Eulenburg (1) avait retiré de l'héroïne de bons résultats chez deux grands morphinomanes. Kundel de Cornimont (2), de même chez un homme, à la fois morphinomane et cocaïnomane. Morel-Lavallée (3), de même, avait fait des observations analogues chez de petits morphinomanes.

Comme ces expérimentateurs, nous avons vu nos deux malades, chez qui la dose de cinq centigrammes de morphine n'arrivait pas à calmer ou ne calmait plus que pendant une heure ou deux des douleurs fulgurantes presque continues et des crises gastriques épouvantables, se trouver bien soulagés par un ou deux centigrammes d'héroïne et chez eux n'ont pas paru l'énervement et l'angoisse que provoque la suppression du poison habituel ; la substitution s'est faite sans à coups ; la cessation a eu lieu aussi du jour au lendemain à notre volonté.

Si l'héroïne possède les propriétés d'un médicament digne de figurer désormais dans l'arsenal thérapeutique, si elle possède sur la morphine des avantages incontestables, il ne faut pas en céler les inconvénients. Remarqués au cours des quelques quinze cents injections que nous avons faites, ces inconvénients résident dans les menus accidents d'intoxication, que son emploi produit quelquefois.

A en croire Gantin, ces accidents manquent très souvent, n'ont qu'une durée passagère et ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils durent plus d'une heure ; ils sont surtout marqués lors de la première injection et s'atténuent ensuite pour disparaître vers la troisième et la quatrième injection et ne revêtent jamais d'allure inquiétante. Force nous est de ne pas accepter sans réserves l'opinion de Gantin ; tous les sujets à qui nous avons donné l'héroïne ont eu de la céphalée, des vertiges, une sensation d'ivresse, pour les uns tout à fait passagère il est vrai, pour les autres pendant toute la durée de l'action du médicament. Neuf de nos trente-quatre malades (obs. II, VI, VII, XIII, XVIII, XXVIII, XXIX, XXXI, XXXII) ont eu en même temps des

(1) Eulenburg. — Uber subcutanen Injectionen von héroïnum. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1899, n° 12

(2) Kundel de Cornimont. — Un cas de morphinisation par l'héroïne. *Bulletin général de thérapeutique*, juillet 1900

(3) Morel-Lavallée. — Sur l'action comparée des alcaloïdes de l'opium (morphine et héroïne) ; quelques conseils pour la cure de démorphinisation. *Rev. thér. méd. chir.*, 1901, p. 721.

nausées, même des vomissements parfois tellement pénibles, que trois d'entr'eux ont absolument refusé une deuxième injection. Chez un de nos sujets, celui de l'observation XIII, les troubles d'intoxication revêtirent une allure des plus inquiétantes. Il eut une véritable syncope de cinq minutes après l'injection et il fallut le mettre au lit : toute la journée il eut des vomissements et le lendemain des nausées l'empêchèrent de manger. Chez plusieurs de nos malades les troubles cessaient lors de la troisième ou de la quatrième injection, mais chez un malade qui avait présenté des troubles d'intoxication assez accentués, le sujet de l'observation II, nous avons donné de l'héroïne à la dose d'un centigramme par jour du 31 octobre au 6 janvier sans que les vertiges, la sensation d'ivresse, les nausées et même les vomissements qu'ils avaient éprouvés le premier jour se soient atténués, au contraire ils semblaient aller en augmentant.

Il est à remarquer toutefois que des cinq malades précédemment morphinisés, aucun n'a présenté avec l'héroïne des accidents à la première piqûre dignes d'être notés. Mais il est à remarquer aussi que les neuf malades qui ont été particulièrement intoxiqués par l'héroïne étaient tous des artérioscléreux, à localisations médullaires, cardiaques, circulatoires, pulmonaires, ce qui pourrait donner l'explication de ces accidents et limiter, par suite aussi, les malades justiciables de ce médicament.

Un autre point qui nous a paru intéressant à signaler, c'est la fin plus hâtive des tuberculeux calmés par l'héroïne. Nous n'incriminons pas le médicament; nous n'ignorons pas en effet que la morphine « endort pour toujours » avec rapidité les malheureux phtisiques arrivés à la période terminale; mais nous incriminons le procédé qui consiste à calmer brutalement, nous incriminons le choix que l'on fait de la morphine, que l'on pourrait faire de l'héroïne pour cela. Or, des six phtisiques avancés à qui l'héroïne a été donnée, aucun n'a survécu deux mois, et chez certains, cependant, rien n'annonçait que la résistance était à bout; l'un d'entr'eux en particulier nous a laissé l'impression d'avoir été précipité par l'héroïne à la mort. Ils cessaient de cracher et s'intoxinisaient ainsi rapidement. Cette remarque ne laisse pas que d'être importante, on en conviendra.

Pour terminer, nous dirons, d'accord avec nombre de cliniciens et de physiologistes que l'héroïne est un excellent médicament, efficace contre la toux, la dyspnée, la douleur; nous ajoutons qu'il faut la préférer dans la crainte du morphinisme. L'héroïne ne pourra cependant être donnée indistinctement à tous ceux qui toussent, souffrent ou sont oppressés : les artério-scléreux sont exposés à l'ivresse héroïnique, qui, si elle n'est pas grave, est néanmoins ennuyeuse, et les tuberculeux excavés sont rapidement aggravés et conduits à la mort. Dans tous les autres cas, elle sera très efficace.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 25 Avril 1902

Présidence de M. Combemale.

L'épidémie de variole de Lille

M. Combemale. — A la dernière séance, M. Ingelrans a rapporté l'histoire d'un varioleux entré le 3 avril à l'hôpital de la Charité : c'était le premier cas observé de l'épidémie qui règne actuellement à Lille. Cette épidémie va en augmentant, comme l'on devait s'y attendre. Actuellement, quarante malades sont entrés à la Charité, dont cinq sont morts, les cinq décès comprennent le premier malade observé, qui avait 23 ans, trois enfants et un homme de quarante ans. Ce sont surtout les enfants et les adultes qui sont atteints. Le plus âgé de ceux qui sont en traitement actuellement a à peine trente ans. Ceci démontre que les jeunes gens sont en défaut au point de vue de la vaccination ou de la revaccination. Sous l'impulsion de M. le Préfet, vigoureusement secondé par le Président du Comité de vaccine, notre collègue M. Oui, les mesures ont été prises pour combler ces déplorables lacunes dans la prévention de la variole ; les revaccinations se multiplient.

M. Oui dit qu'il n'est pas encore fixé sur le nombre des vaccinations pratiquées.

Dès que la variole a eu pris un caractère épidémique, il a réuni le Comité central de vaccine qui a averti le public de la gravité de la situation. M. le Préfet du Nord, qui se préoccupe beaucoup des questions d'hygiène, a fait revacciner tous les employés de la préfecture et a invité les chefs des grandes administrations à prendre les mêmes mesures.

Le public a été, heureusement, ému par la note parue dans les journaux quotidiens. Le zèle général à se faire revacciner a été presque excessif, au point qu'on a dû mettre des agents ou des gendarmes à la porte des hôpitaux, en raison de l'affluence des gens qui se présentent aux vaccinations. A l'Institut Pasteur, on vaccine 500 personnes par jour, aux hôpitaux, on a fait un millier de vaccinations. En outre, des vaccinations sont pratiquées par M. Oui dans les locaux de la Faculté. Les visiteurs des hôpitaux ont accepté très facilement l'obligation qu'on leur fait de se faire vacciner; l'empressement est même considérable. On s'explique ainsi que la fourniture du vaccin soit devenue difficile. On en a fourni deux à trois mille tubes par quarante-huit heures; et, malgré tout, on a dû ajourner certaines vaccinations en masse. Ce premier zèle va naturellement diminuer.

L'épidémie continuera sans nul doute ; car, il y a quinze jours, à l'hôpital de la Charité, il y avait 13 cas ; aujourd'hui, il y en a 40.

Il est nécessaire de mettre la vaccination le plus possible

à la portée du public. Les ouvriers ne disposent en effet que de certaines heures ; aussi, M. Combemale, doyen de la Faculté, a-t-il ouvert deux séances dans les locaux universitaires, l'une le dimanche matin, l'autre le lundi soir. L'Office sanitaire municipal ne paraît déployer qu'une ardeur modérée et il a fixé des heures impraticables aux ouvriers, et toujours en semaine. Il ne reste donc à la population ouvrière que la Faculté et l'Institut Pasteur.

La municipalité de Lille aurait dû faciliter plus largement la vaccination gratuite.

M. Surmont demande si la variole existe dans les divers quartiers et quelle est, parmi les malades, la proportion des femmes ?

M. Oui répond qu'elle est disséminée à peu près partout. Il a vacciné des enfants de 4 ans, de 7 ans, qui n'avaient pas été inoculés dans les premiers mois de la vie. Dans les écoles et ailleurs, il existe beaucoup d'enfants qui n'ont jamais été vaccinés.

M. Combemale répond à M. Surmont que les femmes entre pour les 3/5 environ dans le total des malades. A l'appui de ce que vient de dire M. Oui, il raconte qu'il a vacciné aujourd'hui, pour la première fois, des jeunes filles âgées de 20 et 24 ans.

M. Oui répète que ce ne sont point des exceptions. A Estaires, sur neuf personnes d'une famille, une seule était vaccinée : sept ont pris la variole.

M. Barois remarque que, dans l'armée, à l'arrivée au corps, il y a peu de soldats qui n'aient été vaccinés dans l'enfance.

M. Oui dit que souvent des parents refusent de faire vacciner leurs enfants.

M. Surmont remarque que, pourtant, les idées antivaccinatrices sont peu répandues en France.

M. Oui. C'est plutôt de l'indifférence que de la mauvaise volonté. (*A suivre*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Responsabilité civile du médecin. — Soins tardifs.

Nous avons eu précédemment (*L'Echo médical du Nord* 1900, p. 476) l'occasion de rappeler le principe d'après lequel le médecin reste libre d'accorder ou de refuser ses soins aux simples particuliers qui les réclament. Comme l'enseigne le docteur Brouardel (*Tr. sur la responsabilité médicale*, p. 42) », le médecin est absolument libre de se rendre ou non à l'appel d'un malade ; rien ne peut l'y obliger ; qu'il ait raison ou tort, c'est affaire de conscience et personne n'a le droit de pénétrer dans ce domaine réservé ».

Ce principe toutefois comporte certains tempéraments. Il est loisible au médecin d'aliéner sa liberté de s'obliger, par un lien de droit, à donner ses soins à telle ou telle personne. C'est ce qu'il fait, soit lorsqu'il signe, dans ce but, un traité avec un bureau de bienfaisance, une société de secours mutuels, un chef d'industrie, etc, soit lorsqu'à l'appel d'un malade, il répond en promettant qu'il s'y rendra. Dans tous ces cas, un contrat véritable intervient, contrat qui fait la loi des parties, et qui doit être exécuté de bonne foi par chacun des contractants sous peine de responsabilité. (Art. 1134 C. civ.)

Un arrêt, rendu par la cour de Pau, le 1er mai 1900, et qui vient d'être publié au *Recueil de* Dalloz, 1902, *II*, 33, fournit un intéressant exemple de circonstances pouvant mettre en jeu, à ce point de vue, la responsabilité civile du médecin.

Un ouvrier, travaillant sur les chantiers de construction d'une voie ferrée, avait été victime d'un accident très grave. L'entrepreneur, son patron, fit immédiatement mander un médecin, le docteur A..., avec qui il avait passé un traité pour les soins à donner à son personnel. Mais, par suite de circonstances que relate l'arrêt, ce médecin n'arriva sur le lieu de l'accident que plusieurs heures après la mort de l'ouvrier. De là une action en dommages-intérêts intentée contre le médecin par la veuve de l'ouvrier, prétendant que la mort de son mari devait être attribuée au défaut de soins et au peu d'empressement apporté par le médecin à se rendre auprès du blessé. Et voici comment la cour de Pau apprécia cette prétention :

« Attendu que, si la jurisprudence paraît admettre que le médecin qui refuse d'obtempérer aux réquisitions régulières de l'autorité peut-être atteint par la loi pénale, il n'a jamais été soutenu qu'un texte de nos lois fût applicable à l'homme de l'art qui ne répond pas à l'appel d'un malade ; — Attendu que, dans certains cas particuliers, les tribunaux ont trouvé le principe d'une responsabilité civile dans le fait du médecin qui, après avoir promis de se rendre auprès d'un malade, manquait à sa promesse ; mais que, pour qu'il y ait lieu d'appliquer cette jurisprudence, il faut que la partie établisse : 1° que c'est volontairement que l'homme de l'art ne s'est pas rendu auprès du malade ; 2° que ses soins auraient certainement sauvé la vie du patient ; 3° enfin, que, s'il n'avait pas promis de venir, on aurait pu s'adresser à un autre médecin ; — Attendu que, dans l'espèce actuellement soumise à l'examen de la cour, en acceptant même comme démontrés les faits offerts en preuve par la veuve Montastier, la faute reprochée au docteur A. ne réunirait pas les conditions voulues pour entraîner sa responsabilité ; — Attendu que l'intimé, le médecin dont la demeure se trouve dans un pays très accidenté, distante de 10 kilomètres au moins du lieu de l'accident, n'a pu être prévenu qu'à une heure avancée de la nuit ; qu'en tenant pour exact qu'un billet, hâtivement écrit par l'entrepreneur, ait informé le méde-

cin de la nature de l'accident, rien ne démontre que cet écrit émanant d'une personne dépourvue de connaissances médicales, fût de nature à révéler au docteur la gravité et le danger immédiat que présentait la blessure de Montastier ; — Attendu que, dans ces circonstances il ne serait pas juste de soutenir que le docteur A...avait commis une faute grave en se rendant sur les lieux de l'accident que vers huit heures du matin ; — Attendu d'autre part, que l'appelante soutient que la seule cause de la mort de Montastier est l'hémorragie qui a suivi l'écrasement de la jambe gauche par la roue du wagonnet, et que par conséquent, en arrêtant l'écoulement du sang, le docteur A... aurait sauvé la vie du blessé ; — Attendu que c'est là une hypothèse admissible, étant donnée la grande quantité de sang que paraît avoir perdu Montastier ; mais que rien ne peut aujourd'hui démontrer d'une façon suffisamment probante la vérité de cette allégation ; qu'il ne faut pas en effet, oublier que cinq années se sont écoulées depuis l'accident et qu'aucune constatation médicale n'a été faite à cette époque sur le corps de la victime ; que, par suite, rien ne permet d'affirmer que la mort de Montastier ne soit pas la conséquence d'un de ces accidents traumatiques en présence desquels les hommes de l'art les plus habiles restent souvent impuissants ; — Attendu, en conséquence qu'il n'est point établi d'une façon suffisamment certaine que des soins, même immédiatement prodigués à Montastier par l'intimé eussent été suffisants pour l'arracher à la mort ; que c'est donc avec raison que les premiers juges ont repoussé la demande de la veuve Montastier. »

En droit, par conséquent, le médecin qui a accepté de soigner un malade peut encourir une certaine responsabilité. Il est responsable, selon les termes de la règle générale bien connue, « du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence ». Art. 1383 C. civ. Mais c'est au plaignant à prouver trois choses : 1° la négligence, l'imprudence, en un mot, la faute qu'il reproche au médecin ; 2° le préjudice dont il demande réparation ; 3° la relation directe et certaine entre la faute et le préjudice.

En fait, dans l'espèce sur laquelle a statué la cour de Pau, l'action en dommages-intérêts dirigée contre le médecin a été écartée parce que la plaignante ne pouvait fournir la preuve ni de la faute du médecin, ni de la relation entre la faute prétendue et le préjudice subi.

D'une part, la faute n'existait pas, ou du moins, n'était pas prouvée. Pour établir cette faute, il eût fallu établir la négligeance du médecin, prouver, par exemple, que le médecin avait eu connaissance que le blessé se trouvait dans un état grave exigeant des soins immédiats, et que, malgré cette connaissance de l'état du malade, il n'avait pas, le pouvant, fait diligence pour se rendre auprès de lui.

D'autre part, il n'était pas non plus démontré que la mort du blessé fût la conséquence directe et certaine de l'abstention du médecin, et que les soins médicaux, administrés à temps, eussent, sans nul doute, sauvé la vie du blessé. — Il y avait donc, en l'espèce, deux raisons qui devaient soustraire le médecin à toute responsabilité civile.

J. J.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le Comité du **Centenaire de l'Internat en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux de Paris** adresse un dernier appel à tous les membres du Corps médical pour leur demander de lui envoyer les documents pouvant aider à la rédaction du livre du Centenaire.

Les souvenirs personnels ou traditionnels concernant le rôle joué par les Internes dans les grands événements qui ont marqué le cours du siècle (Révolutions, émeutes, coups d'État, grandes épidémies, guerre de 1870, guerre Russo-Turque, etc...) présentent un intérêt tout particulier, et les collègues qui possèderaient des documents sur ces différentes époques sont instamment priés de les faire parvenir avant le 10 mai à M. le docteur DURAND-FARDEL, secrétaire général du centenaire, 129, Faubourg Saint-Honoré.

Un **concours** s'ouvrira le 3 novembre 1902, à 8 heures du matin, à l'École d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission à trois emplois d'élève en pharmacie du service de santé militaire.

Sont admis à concourir :

Les étudiants ayant accompli leur année de service militaire et étant, au moment du concours, en possession d'un stage officinal régulier de deux ans au minimum ou de quatre ou huit inscriptions de scolarité valables pour le grade de pharmacien de 1re classe, et ayant satisfait aux examens de fin d'année.

Les autres conditions sont les suivantes : 1° Être né ou naturalisé français ; 2° avoir eu, au 1er janvier 1902 moins de 23 ans pour les élèves ayant deux années de stage ; moins de 24 ans pour les élèves ayant quatre inscriptions ; moins de 25 ans pour les élèves ayant huit inscriptions ; 3° avoir fait constater qu'ils sont toujours aptes à servir activement dans l'armée ; cette aptitude sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins (1).

Les élèves en pharmacie du service de santé militaire contractent, dès leur admission, l'engagement spécial de servir dans l'armée active pendant six ans au moins à dater de leur nomination au grade de pharmacien aide-major de 2e classe.

Les élèves sont répartis à leur choix et suivant leur convenance entre les sept villes suivantes : Bordeaux, Lille, Lyon, Montpellier, Nancy, Paris et Toulouse, qui possèdent

(1) Instruction du 31 janvier 1902 sur l'aptitude physique au service militaire.

une école supérieure de pharmacie ou une faculté mixte. Ils sont attachés à l'hôpital militaire ou à l'hospice mixte sous les ordres et la surveillance des médecins chefs et concourent à l'exécution du service pharmaceutique, autant que le permettent les cours et travaux pratiques qu'ils sont tenus de suivre.

Tout élève reçu pharmacien de 1re classe passe de plein droit à l'École d'application du service de santé militaire en qualité de pharmacien stagiaire.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Suivant décision du Conseil de l'Université, les **Congés de la Pentecôte** restent fixés, suivant l'habitude, aux dimanche 18 et lundi 19 mai.

— Parmi les **promotions** dans l'enseignement supérieur pour 1902, nous relevons le passage à la troisième classe du professeur LEMOINE, l'augmentation de traitement de MM. les docteurs HUYGHE, chef de clinique médicale; LOUIS, chef des travaux de chimie minérale ; VALLÉE, agrégé, chef des travaux de chimie organique ; PAPEGAEY, préparateur d'histoire naturelle. Six garçons de laboratoire ont vu aussi leur traitement augmenté.

— L'Université de Lille, pour sa participation à l'Exposition, a obtenu à l'Exposition universelle internationale 1900 une **médaille or**, dans la classe 3. Cette médaille vient de parvenir au Conseil de l'Université et a été déposé aux Archives.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. J.-F.-E. COLLE, de Lille, interne des hôpitaux, ex-aide d'anatomie, lauréat de la Faculté, a soutenu, avec succès, le lundi 21 avril 1902, sa thèse de doctorat (6 e série, n° 75), intitulée : **Artères du testicule, démonstration d'une anastomose funiculo-spermatique defférentielle ; son rôle après la section totale du cordon.**

Notre Carnet

Le 3 avril a été célébré, à Douai, le mariage de M. René LEMBREZ (de Cassel), pharmacien, avec Mlle Louise DESPINOY. Nos meilleurs souhaits aux jeunes mariés.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs J GIGNOUX, de Lyon (Rhône) : Ch. AYMÉ, de Bulgneville (Vosges)

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

14e ET 15e SEMAINES, DU 30 MARS AU 12 AVRIL 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	13	9
3 mois à un an	11	6
1 an à 2 ans	14	6
2 à 5 ans	9	5
5 à 10 ans	3	2
10 à 20 ans	8	5
20 à 40 ans	12	15
40 à 60 ans	25	19
60 à 80 ans	32	25
80 ans et au-dessus	5	5
Total	132	97

Répartition des décès par quartier: Hôtel-de-ville, 19,892 hab. — Gare et St-Sauveur, 27,670 h. — Moulins, 24,947 hab. — Wazemmes, 36,782 hab. — Vauban, 20,381 hab. — St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab. — Esquermes 11,381 hab. — Saint-Maurice, 11,212 hab. — Fives, 24,191 hab. — Canteleu, 2,836 hab. — Sud, 5,908 hab. — Total.

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS	Hôtel-de-ville	Gare et St-Sauveur	Moulins	Wazemmes	Vauban	St-André et Ste-Catherine	Esquermes	Saint-Maurice	Fives	Canteleu	Sud	Total
NAISSANCES par Quartier	17	19	23	46	17	26	14	19	42	4	15	242
TOTAL des DÉCÈS	13	37	24	48	22	34	14	7	17	9	4	229
Autres causes de décès	7	19	5	17	13	14	8	2	4	3	2	94
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	2
Accident	»	»	»	»	1	»	2	»	»	»	»	3
Autres tuberculoses	»	»	1	»	»	1	1	1	»	»	1	5
Méningite tuberculeuse	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Phthisie pulmonaire	»	6	4	4	»	7	»	»	2	1	1	25
Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	2
Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	»	2	»	5	»	1	»	»	2	1	»	11
Maladies organiques du cœur	1	»	2	1	3	4	»	»	1	»	»	12
Bronchite et pneumonie	1	3	9	9	4	4	2	2	5	2	»	41
Apoplexie cérébrale	2	5	1	3	1	2	»	»	»	1	»	15
Autres	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	2
Coqueluche	1	»	1	4	»	»	»	1	2	»	»	9
Croup et diphtérie	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	2
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole	»	1	1	1	»	»	»	»	»	»	»	3

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc.

Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 277. Sixième Année. N° 18 Le Numéro : 10 centimes. 4 Mai 1902

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La première année de fonctionnement de la consultation des maladies des enfants à l'hôpital de la Charité (Année 1901)

Par le docteur **E. Ausset,**
professeur agrégé, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Lille.

Le 15 décembre 1900 était ouverte, sous les auspices de l'administration des Hospices de Lille, une consultation pour les maladies des enfants à l'hôpital de la Charité.

L'administration voulut bien me charger de diriger cette consultation. Qu'elle me permette de lui adresser ici mes plus vifs remerciments.

Le compte-rendu qui va suivre montrera, je le crois, à MM. les administrateurs l'utilité, je dirai mieux, la nécessité incontestable de cette consultation dans un quartier si populeux et si ouvrier qui ne pouvait en rien profiter des ressources de l'hôpital St-Sauveur, beaucoup trop éloigné.

J'avais été frappé à l'hôpital St-Sauveur que la presque totalité des petits malades appartenaient aux différents quartiers de Fives et de St-Sauveur et qu'il était exceptionnel, pour moi, d'en voir venant des rue de Juliers, de Wazemmes, du Faubourg du Sud etc... Il était évident que l'éloignement de ces quartiers était la seule cause de cette particularité, car les mères de famille, travaillant toutes pour la plupart, ou ayant d'autres enfants à soigner à leur domicile, ne peuvent s'absenter longtemps ; venir à St-Sauveur était pour elles perdre toute la matinée ; aussi s'abstenaient-elles, et la population infantile de tous ces quartiers ne pouvait que souffrir de cet état de choses. L'administration des Hospices de Lille, ne considérant à juste titre que le mieux à faire en faveur de la population ouvrière, fut donc bien inspirée en décidant l'ouverture de cette consultation.

Le nombre des petits malades qui sont venus réclamer mes soins démontre plus que tout commentaire combien elle a eu raison. Du 15 décembre 1900 au 31 décembre 1901, j'ai reçu 606 nouveaux malades et ai donné 1198 consultations.

Pour une première année, alors qu'il fallait établir le courant, c'est un total des plus respectables. Je ferai observer, en outre, que sur ces 606 enfants, *pas un seul* n'habitait les quartiers dépendant de la circonscription de St-Sauveur. A part quelques malades venant de Roubaix, Gondecourt, Lambersart, etc... et qui m'étaient envoyés personnellement par des

confrères, *tous* les enfants appartiennent à la circonscription hospitalière de La Charité.

Ces 606 nouveaux malades se répartissent de la façon suivante, au point de vue des affections observées :

Fièvre typhoïde	12	Pleurésie	1
Érythème noueux fébrile	1	Asthme adénoïdien	2
Rhumatisme articulaire aigu	9	Tuberculose pulmonaire	8
Erysipèle de la face	1	Stomatites	6
Diphtérie	6	Angines aiguës	4
Scarlatine	3	Gastro-entérites	204
Rougeole	8	Ictère catarrhal	1
Coqueluche	5	Néphrite aiguë	1
Syphilis	2	Helminthiase intestinale	3
Varicelle	5	Méningite tuberculeuse	6
Chloro anémie	4	Péritonite tuberculeuse	2
Amygdalites pharyngées aiguës primitives	11	Autres tuberculoses	16
Végétation adénoïdes	73	Maladies de la peau	43
Bronchites aiguës	83	Maladies du système nerveux	22
Bronchites chroniques	9	Vulvo-vaginite	5
Broncho-pneumonies	10	Conjonctivite	1
Pneumonies	6	Ophtalmie purulente	1
Adénopathie trachéo-bronchique syphilitique primitive (déjà comptée parmi les deux cas de syphilis)	1	Menstruation précoce	1
		Affections chirurgicales diverses	31

Je n'ai évidemment pas l'intention d'examiner et de relater l'observation de ces divers cas. Je désire seulement attirer l'attention sur les faits intéressants, et en montrer les particularités.

Tube digestif. — Ce sont les affections du tube digestif qui constituent la plus grosse part de la morbidité infantile. J'ai noté 204 cas de gastro-entérite, c'est-à-dire que jai examiné 204 enfants qui sont venus me consulter pour des affections gastro-intestinales, mais si je voulais ici donner des observations très détaillées, je retrouverais chez un grand nombre de de ceux soignés pour bronchites, broncho-pneumonies etc., des symptômes graves de gastro-entérite aiguë où chronique, ce qui corrobore encore ce que j'ai écrit ailleurs, à savoir que les chiffres de morbidité et de mortalité par gastro-entérite que nous donnent les statistiques, sont bien au-dessous de la réalité.

Sur ces 204 enfants, il y en a 105 de 0 à 1 an, 45 de 1 an à 2 ans, 36 de 2 à 5 ans et 18 au-dessus de 5 ans.

Je m'occuperai exclusivement ici des malades compris dans les deux premières années de la vie. Ignorance et pauvreté, telles sont les deux causes, les seules, qui ont amené la gastro-entérite chez les 150 enfants de 0 à 2 ans qui sont venus à l'hôpital de La Charité. L'ignorance, parce que les malheureuses mères n'ont jamais appris comment il fallait soigner un nourrisson ; la pauvreté, parce que n'ayant souvent pas de quoi s'acheter du pain, elles ne peuvent acheter de bon lait ou, si elles allaitent, elles ne fournissent à leurs enfant qu'un lait absolument insuffisant. Il est véritablement remarquable de constater qu'aucune des règles de l'hygiène alimentaire n'a été inculquée à ces mères ; le plus grand nombre de ces malheureuses sont accouchées par des sages-femmes ; il est véritablement regrettable que ces praticiennes ne prennent pas le soin de bien expliquer, en des termes précis et clairs, comment on doit alimenter un nourrisson pendant la première année. Quelques-unes, comme d'ailleurs certains médecins, ont l'habitude d'édicter de très sages prescriptions, pour la nourriture qui doit être donnée pendant les jours qui vont suivre l'accouchement. Mais il est rare que les uns comme les autres pensent à édicter les mêmes règles pour les mois qui vont suivre. Un enfant de six mois ne peut pas être nourri comme un enfant d'un mois, cela n'a pas besoin d'être démontré, n'est-il pas vrai ? Aussi conviendrait-il d'expliquer à chaque nouvelle accouchée les règles qu'elle aura à observer pendant les neuf à dix premiers mois de la vie de son enfant. Pourquoi les bureaux de l'état-civil ne remettraient-ils pas à chaque déclaration de naissance des instructions précises sur l'hygiène du nourrisson et plus particulièrement une notice indiquant les quantités de lait que doit prendre un enfant suivant son âge et comment il faut espacer les repas. On pourrait coller cette notice sur tous les livrets de mariage. Aucun confrère ne pourrait se froisser de cette mesure générale.

A côté de ces mères qui pèchent par ignorance, il y a celles dont la misère atteint à des degrés dont on ne peut avoir idée, si on ne l'a pas coudoyée. Que de fois, presque tous les jours, nous recevons de ces pauvres femmes qui nous amènent un enfant rendu à la dernière période de la cachexie gastro-intestinale ; nous lui demandons comment elle nourrissait son enfant : avec de la soupe, nous dit-elle. Pourquoi ? parce qu'elle n'a pas d'argent pour acheter du lait. Un grand nombre de filles-mères, pour ne prendre que cet exemple, sont obligées d'aller à l'usine pour gagner quelque argent qui va recevoir l'emploi suivant : loyer, du pain et quelquefois des pommes de terre pour son alimentation, et enfin le payement de la soigneuse qui se charge du nourrisson pendant que la mère est à l'usine. Or le prix que cette mère peut

donner à la soigneuse ne dépasse pas quelquefois 10 à 15 sous par jour. Et là-dessus il faut acheter du lait ! Comment faire ? Et quel lait achètera-t-on quand on pourra s'en procurer ? C'est navrant, mais c'est l'exacte vérité.

D'autre part il est *matériellement impossible* d'obtenir de ces femmes qu'elles nourrissent leur enfant au sein ; elles sont obligées pour vivre d'aller à l'usine ; c'est donc l'allaitement artificiel qui devient obligatoire pour elles, et, bien plus, l'allaitement artificiel chez la soigneuse.

Aussi nous sommes absolument désarmés quand nous nous trouvons en face de ces bébés atteints de gastro-entérite qui, pour guérir, auraient seulement besoin d'une bonne alimentation. *Toute thérapeutique est impuissante si on ne lui adjoint pas du bon lait et une bonne hygiène alimentaire.*

Il est donc urgent que l'initiative privée et les pouvoirs publics remédient à cet état de choses absolument lamentable. Il n'y a qu'une *seule façon* d'y remédier, c'est la création de consultations de nourrissons, faites tous les jours dans les quartiers ouvriers, avec distribution gratuite de lait stérilisé pour les cas, malheureusement trop nombreux, où les mères ne peuvent nourrir. Les remarquables résultats obtenus par M. BUDIN à sa consultation de nourrissons prouvent quels immenses services on peut espérer de telles œuvres, et ce sera, certes, un des plus grands mérites de ce Maître d'avoir le premier donné l'idée de ces consultations. Mais il faut bien le dire, c'est encore plus dans les dispensaires, tels que celui de M. VARIOT, à Belleville, que l'on peut apprécier les bons effets de ces « écoles de mères », comme l'a si bien dit M. DE ROTHSCHILD ; en effet, M. BUDIN et tous les accoucheurs n'ont l'habitude de voir que des nourrissons bien portants et il leur est relativement aisé d'obtenir les résultats remarquables auxquels ils sont arrivés. Mais tout autre est la situation des dispensaires analogues à celui de M. VARIOT, où l'on ne reçoit presqu'exclusivement que des enfants malades, que des bébés atteints de gastro-entérites chroniques, quelquefois même déjà cachectiques. Aussi, quand on a vu fonctionner de telles œuvres, quand on a vu leur résultat chez des enfants fatalement condamnés à mort, on ne peut que désirer ardemment d'en voir couvrir le territoire de toutes les villes ouvrières. Grâce à ces conseils donnés tous les jours aux mères, grâce au bon lait qu'on leur fournit quand elles ne peuvent nourrir, on peut affirmer hautement que M. VARIOT et tous ceux qui, comme lui, ont installé ces « consultations de nourissons » ont sauvé la vie à des milliers de pauvres bébés, qui, sans eux, auraient fatalement succombé.

Car, il ne faut pas s'y tromper, la distribution de bon lait a incontestablement une très grande importance ; mais ce qui prime tout c'est « la Consultation », c'est le conseil donné chaque jour à la mère, c'est la direction qu'on lui imprime pour élever son enfant ; tout est là.

Bien coupables sont les personnes et les pouvoirs publics qui ont la possibilité de créer de ces « Consultations », de ces « Gouttes de Lait » et qui ne le font pas, par leur incurie, leur négligence, leur indifférence. Je ne crains pas de le proclamer hautement, ils *sont responsables de ces nombreux décès de bébés, puisque, s'ils l'avaient voulu, ils les auraient enrayés.*

Il est un point sur lequel je voudrais attirer l'attention. Il est encore de notion courante dans le public médical de ne considérer comme atteints de gastro-entérite que les enfants qui ont de la diarrhée, avec ou sans symptômes gastriques. C'est là une erreur qu'il faudrait faire disparaître ; et l'on doit considérer comme atteint de gastro-entérite chronique bien d'autres bébés dont, par exemple, voici un type assez commun :

Un enfant, en apparence bien portant, gros, joufflu, mais un peu pâle, a l'appétit capricieux ; tantôt il a peu d'appétit, tantôt il mange avec avidité sans jamais être rassasié. Il va très difficilement à la garde-robe ; ses selles sont très dures, constituées souvent par des petites boules ; elles sont très fétides, et si on les examine de près, on constate qu'assez fréquemment elles sont recouvertes de petits filaments glaireux. L'enfant est agité la nuit, sue de la tête, et a souvent de petites éruptions cutanées (prurigo, strophulus, urticaire, etc.). *Cet enfant a de la gastro-entérite chronique.*

Nous donnons là un tableau qu'on ne rencontre pas toujours aussi complet, et les troubles peuvent quelquefois n'être constitués que par une très forte constipation. Dans ce cas encore, c'est de la gastro-entérite. A notre avis, tout bébé, qui présente cette constipation opiniâtre, qui ne va que rarement à la selle d'une façon spontanée, est un enfant atteint de gastro-entérite, qui doit être soigné au même titre que celui qui présente des crises diarrhéiques. En effet, si on règle l'alimentation d'une façon appropriée, si on

désinfecte l'intestin à l'aide de lavages journaliers à l'hyposulfite de soude, et de temps à autre par de petites prises de calomel, on ne tarde pas à voir les garde-robes se régulariser, perdre leur dureté et surtout leur fétidité. Il est très important de bien combattre ces formes chroniques parce qu'elles sont souvent l'origine de poussées aiguës graves.

Les affections de l'appareil respiratoire comptent pour une très grande part dans le nombre des enfants passés à la consultation de La Charité.

En ce qui concerne les premières voies respiratoires, il convient de noter l'extrême fréquence des végétations adénoïdes avec tout le cortège symptomatique qu'elles présentent lorsqu'elles sont enflammées. Je n'ai pas noté tous les cas d'enfants se présentant pour une affection quelconque et porteurs de végétations adénoïdes, mais j'ai noté 73 cas d'adénoïdite. C'est une proportion véritablement considérable.

Je voudrais, en ce qui concerne ces adénoïdites aiguës ou chroniques, attirer l'attention sur un point particulier de la pathologie infantile sur lequel les classiques s'étendent trop peu et qui n'a été bien mis en lumière ces derniers temps que par le mémoire de M. Aviragnet. Je veux parler des troubles dyspeptiques que l'on observe dans les rhino-pharyngites chroniques, dans les cas de végétations adénoïdes avec suppuration abondante dans le cavum.

Il m'a été donné d'observer un assez grand nombre de ces cas, et sur 73 enfants j'ai pu noter 11 fois ces troubles de dyspepsie, en même temps qu'un retentissement plus ou moins marqué sur l'état général ; ces enfants, qui avalent du muco-pus en assez grande quantité, perdent rapidement l'appétit ; ils ont toujours la langue recouverte d'un enduit saburral très-épais, l'haleine très-odorante, quelquefois fétide ; le matin ils n'ont jamais faim, et c'est avec grand peine qu'ils font leur premier déjeuner. Dans des cas plus accentués, on note des phénomènes intestinaux, de l'entérite muco-membraneuse, qui est bien évidemment sous la dépendance de la suppuration rhino-pharyngienne puisqu'elle disparaît par la désinfection du cavum et l'ablation des végétations. Quand ces symptômes de suppuration se prolongent, l'enfant pâlit, maigrit à vue d'œil, et comme il tousse beaucoup, comme quelquefois il a en même temps un peu de bronchite superficielle, on soupçonne la tuberculose. On ne tarde pas à tout voir rentrer dans l'ordre, si l'on dirige un traitement approprié contre les manifestations rhino-pharyngiennes.

A signaler deux cas d'asthme adénoïdien radicalement guéris par le raclage des végétations.

Je voudrais ici relater rapidement l'observation d'un cas que j'ai catalogué : *Adénopathie trachéo-bronchique syphilitique primitive*, sans pouvoir affirmer absolument ce diagnostic. Voici les faits :

Le premier jour où s'ouvrit la consultation de La Charité, le 15 décembre 1900, on m'amenait un bébé de cinq mois, L... Marcel, habitant rue Négrier. Cet enfant, très malingre, très pâle, avait depuis une huitaine de jours une toux *quinteuse* incessante. Devant nous il eut plusieurs accès de cette toux, sèche, ressemblant à celle de la coqueluche, mais sans reprise sonore. Pas la moindre fièvre. Respiration absolument intacte, pas de râles ; gorge normale, pas de végétations adénoïdes, pas de pharyngite, pas de larmoiement, pas de coryza. Je ne pus faire ce jour-là aucun diagnostic précis et j'ordonnai simplement une potion calmante et une pommade mentholée à mettre dans le nez.

Le 17, l'enfant est dans le même état ; le 20, la toux persiste toujours et les quintes sont parfois suivies de symptômes asphyxiques passagers. Il n'y a pas de mucosités filantes sortant de la bouche après les quintes et rien qui rappelle la coqueluche ; toujours apyrexie et absence de râles dans la poitrine, aspect normal de la gorge ; je pense alors à l'adénopathie trachéo-bronchique. Je dois dire que la percussion et l'auscultation, il est vrai bien difficile en cette région chez un bébé de cet âge, ne me décèlent rien de ce côté-là. Toutefois ne pouvant trouver aucun diagnostic à faire, je m'arrête à cette idée, et je discute alors la nature de cette adénopathie ; à mon avis elle doit être tuberculeuse ; mais comme on a décrit l'adénopathie syphilitique et même comme manifestation *primitive* de la syphilis, je recherche aussi de côté. J'apprends que la mère a fait 3 fausses couches, qu'un autre enfant est mort quelques jours après sa naissance. Le père et la mère nient tout accident syphilitique ; je ne retrouve rien sur l'enfant, sauf sa chétivité et son état presque cachectique qui puisse me dire qu'il s'agit bien de syphilis héréditaire. Quoi qu'il en soit, puisque si nous avons affaire à de la tuberculose, la thérapeutique serait malheureusement de nul effet, je prescris un traitement spécifique intense (liqueur de Van Swieten et iodure) en même temps que je supprime la potion calmante ordonnée auparavant.

Le 24. — La toux a déjà beaucoup diminué ; le 29, l'enfant semble se remonter, et lui, qui refusait de boire son lait auparavant, l'absorbe maintenant très volontiers.

Progressivement la toux diminua et le 4 février le bébé était complètement guéri.

Evidemment je ne puis affirmer ici d'une façon absolue qu'il s'agissait d'adénopathie syphilitique,

mais l'évolution des accidents ne semble-t-elle pas plaider en faveur de cette opinion ?

Parmi les broncho-pneumonies que j'ai observées il en est une dont il me paraît très intéressant de relater les détails, à cause de sa marche insolite et de la complication méningée qu'elle a présentée :

D.... Elise, 11 mois, est amenée à la consultation le 9 décembre 1901. Très mal nourrie, a mangé de la soupe dès l'âge de 4 mois ; très-pâle, anémiée ; alternatives de diarrhée et de constipation. Tousse depuis trois semaines. Pas de fièvre. Quelques râles sonores disséminés dans la poitrine. Gros ventre ; il y a actuellement de la diarrhée et des vomissements.

Je porte le diagnostic de grippe avec poussée aiguë de gastro-entérite.

Le 11. — La toux persiste ; la fièvre s'est allumée très intense ; les vomissements et la diarrhée persistent et les râles de bronchite sont plus nombreux, plus disséminés, mélangés de râles musicaux et muqueux. Le 13, la mère nous dit que la veille l'enfant a présenté plusieurs crises convulsives; les vomissements persistent, tout est rejeté, même l'eau. L'abattement est extrême. Je pense qu'il s'agit alors ou de tuberculose généralisée avec localisation méningée, ou d'une grippe avec méningite ou pseudo-méningite grippale.

Le 16. - Raideur de la nuque ; la tête est violemment rejetée en arrière et les muscles de la nuque formant de chaque côté une corde très dure. Même état général. Dans les poumons il y a de la bronchite fine diffuse. Le 18, dans l'aisselle droite, foyers de broncho-pneumonie. Les vomissements se reproduisent tous les jours, l'enfant ne peut rien conserver ; la raideur de la nuque persiste très accentuée, rien aux membres ; pas de signe de Kernig.

Le 19. Même état et en plus de la diarrhée verte.

Le 23. Tous les jours précédents, l'enfant est restée aussi mal ; ce jour-là je constate que la raideur de la nuque a presque disparu. L'enfant est dans le coma ; le thermomètre monte seulement à 38° ; le pouls n'est que de 76 ; plaintes constantes. La veille il y a encore eu des convulsions. Les vomissements ont cessé depuis la veille. Le poumon droit est parsemé de foyers bronchopneumoniques, la base est prise massivement.

Je me confirme de plus en plus dans l'idée d'une méningite aiguë grippale et je ne cache pas à la mère que l'issue fatale me semble malheureusement presque certaine et assez rapidement

Or le 26, la mère me ramène l'enfant absolument réveillée de sa torpeur, commençant à s'intéresser à l'entourage ; la raideur de la nuque a totalement disparu ; il n'y a plus de vomissements, les selles sont normales. Mêmes signes pulmonaires que précédemment. Tout signe de méningite a disparu, il ne reste plus que la broncho-pneumonie droite.

Je n'insisterai pas sur les détails ultérieurs de l'observation qui ne présentent plus de particularités. Le 4 janvier 1902, l'enfant était tout à fait guérie.

Avons-nous eu affaire ici à une vraie méningite aiguë ou ce que l'on a appelé du méningisme ? Je pense plutôt en faveur de la méningite, d'autant que beaucoup de cas de méningisme ne sont en réalité que des méningites aiguës guéries. J'ai fait au laboratoire des cliniques avec mon collègue Deléarde une ponction lombaire qui malheureusement est restée blanche. Je n'ai pas jugé à propos de la renouveler, car j'estime que la curiosité scientifique doit toujours s'effacer en face de pratiques qui, qu'on veuille le dire, ne sont pas sans dangers et je ne pourrai jamais concevoir qu'on aille promener une aiguille ou un trocart dans le canal rachidien quand l'intérêt direct du malade ne le commande pas impérieusement.

Parmi les cas de rhumatisme observés il en est un qui mérite d'attirer un instant notre attention.

G... Victoria, 7 ans, est amenée par sa mère le 7 mars 1901. — Cinq semaines auparavant cette enfant s'est mise à souffrir du cou, ne pouvant plus remuer sa colonne cervicale ; très rapidement de la déviation de la tête se manifesta, et il y a 4 semaines il existait du gonflement au niveau de son sterno-mastoïdien gauche ; une incision fut faite par un confrère et il ne s'écoula que du sang.

Je vois donc cette enfant pour la première fois après cinq semaines de maladie, elle est très pâle, très amaigrie, fébrile, sans appétit ; la langue est recouverte d'un enduit saburral très épais. La mère nous raconte que c'est en quelques jours que se sont constitués et la déviation de la tête et les phénomènes douloureux au niveau du cou. La fillette tient sa tête immobile, son cou absolument rigide, la tête est inclinée à droite et en rotation telle que le menton regarde tout à fait l'épaule gauche. La douleur est extrême ; quand on cherche à palper les vertèbres cervicales on arrache des cris à la malade ; la marche même est douloureuse, l'enfant marche comme d'une seule pièce. Il n'y a rien au cœur.

Le diagnostic, vu l'évolution des accidents, ne pouvait faire de doute ; il ne s'agissait pas de mal de Pott, mais bien d'une arthrite cervicale rhumatismale ; quant à la tuméfaction musculaire qui avait amené cette incision intempestive, elle tenait probablement à de la myosite de même nature.

J'instituai le traitement avec 3 grammes de salicylate de soude par jour.

Dès le 14 mars, la marche n'est plus douloureuse ; et le 18 on peut se rendre compte que la pression est indolore au niveau des muscles et qu'on provoque seulement la douleur en pressant sur les apophyses épineuses et transverses des vertèbres.

Le 28 mars, l'enfant n'a plus de douleur ; la plaie musculaire est cicatrisée ; elle engraisse à vue d'œil ; il ne lui reste plus qu'un peu de raideur dans les articulations vertébrales, avec du torticolis, de la déviation de la tête, inclinée à droite et en rotation vers la gauche.

J'ai conseillé alors à la mère un traitement orthopédique ; mais j'ai revu l'enfant le 22 juillet, et ai constaté avec regret que mes conseils n'avaient pas été suivis. L'état général de l'enfant était excellent, la déviation de la tête était relativement légère et les parents se contentaient de cette situation.

Ces manifestations cervicales du rhumatisme sont très fréquentes chez l'enfant ; en face de douleurs, même vagues, erratiques et légères, on devra toujours y songer ; un traitement précoce approprié empêchant l'ankylose de se produire.

Les six cas de diphtérie, les huit de rougeole et les trois de scarlatine démontrent l'utilité qu'il y aurait à ce que l'Administration des hospices voulût bien autoriser la réception de ces malades dans des pavillons d'isolement de la Charité. Pour eux, comme du reste pour la plupart des autres malades, les parents refusent l'hôpital Saint-Sauveur beaucoup trop éloigné de ce quartier. Quand je leur offre un lit d'hôpital, ils acceptent souvent, mais quand je leur dis qu'ils doivent aller à Saint-Sauveur, ils préfèrent garder leurs enfants chez eux. Au point de vue prophylactique, c'est évidemment déplorable.

Je ne dirai rien du cas de menstruation précoce que j'ai noté. J'en ai relaté l'observation à la Société Centrale de Médecine du Nord. J'ajouterai seulement que j'ai encore revu l'enfant le 12 juillet, elle avait à nouveau un écoulement de sang par le vagin, soit près d'un mois (27 jours) après le premier ; c'est une nouvelle présomption en faveur de la menstruation précoce chez cette fillette de 4 ans et 9 mois.

Enfin pour terminer je ferai remarquer que malgré l'élimination systématique que j'en faisais j'ai dû donner des soins à 31 cas divers purement chirurgicaux ; cela justifie bien l'ouverture toute récente d'une consultation de chirurgie infantile confiée à mon distingué collègue le professeur agrégé Lambret.

Ostéomyélite aiguë hypertoxique due au staphylocoque doré

par les docteurs **Surmont**, Professeur à la Faculté de médecine et **P. Colle**, Ancien chef de clinique chirurgicale

Dans un récent article (*Bulletin médical*, 26 mars 1902), M. le professeur Lannelongue trace le tableau d'une ostéomyélite suraiguë, non suppurative, marquée par les symptômes généraux les plus graves, entraînant le plus souvent la mort malgré la précocité des interventions, et caractérisée au point de vue bactériologique par l'association au staphylocoque de diverses espèces microbiennes (streptocoque, bacterium coli, etc.).

Il nous a été donné récemment d'observer avec M. le professeur Surmont un cas clinique identique, mais provoqué par le seul staphylocoque doré.

Voici l'observation : P. D..., 9 ans, est en pension. Le jeudi, il n'accuse aucun malaise, suit le régime de ses camarades, n'attire, en aucune façon, l'attention de ses maîtres. Le vendredi matin brusquement, en classe, il est pris d'une douleur vive dans la jambe droite vers le tiers inférieur de la région interne. Son mal est tellement violent qu'il pousse des cris et présente des tendances à la syncope. Il est porté à l'infirmerie où il reste 36 heures. Son état général s'aggrave rapidement. Son père est prévenu et peut encore le dimanche le transporter chez lui, au prix d'un voyage assez long et compliqué. Nous sommes appelés à le voir le lundi matin. La température depuis la veille oscille entre 40° et 41° ; le pouls bat à 160, assez bien frappé. Le petit malade est dans un état typhique, ne reconnaît personne, répond par des paroles divagantes aux questions qui lui sont posées. L'examen du cœur et des poumons reste négatif. Les gros viscères sont sans lésions appréciables. Le ventre est normal. Les pupilles sont également et moyennement dilatées. Aucun groupe musculaire n'est contracturé. Sur la peau du thorax et au ventre sont disséminées de petites pustules sans caractère pathognomonique.

Malgré le collapsus le malade accuse une douleur extrêmement vive dans la jambe droite au niveau de la malléole interne. Des sangsues ont été placées dans la région. Sous leurs traces n'existe aucun gonflement appréciable, une très médiocre rougeur est difficilement appréciable vers la partie supérieure et antérieure de la malléole. Quelques veines sillonnent la peau à peine plus marquées que sur l'autre jambe. Enfin, l'exploration digitale détermine un point limité, au niveau du cartilage épiphysaire et un peu au-dessus, où la moindre pression provoque des mouvements de défense et des cris. L'articulation est libre.

Nous n'hésitons pas à porter le diagnostic d'ostéomyélite suraiguë. L'intervention est pratiquée immédiatement.

Chloroforme. Incision de six centimètres à la région douloureuse jusqu'à l'os. Il n'existe pas trace de pus sous le périoste. Celui-ci est largement ruginé. En un point, au niveau du cartilage épiphysaire, une petite surface dépolie attire notre attention. Nous y portons une couronne de trépan qui pénètre jusque dans la cavité médullaire sans traverser aucun foyer purulent ; deux centimètres et demi plus haut, dans l'axe de l'os, nous pratiquons une seconde ouverture. En ce point, nous voyons, mélangé au sang, apparaître un petit filament purulent. Nous faisons sauter à la gouge le pont qui sépare les deux fenêtres osseuses, et nous pénétrons largement dans la moelle, sans obtenir une quantité plus notable de pus. Curettage, lavage au sublimé, tamponnement à la gaze ; aucune suture.

L'opération a duré un quart d'heure environ. Le petit malade a pris très peu de chloroforme ; il se réveille rapidement. Quand nous le quittons, une heure plus tard, une très légère amélioration semble se dessiner ; le petit malade nous reconnaît. Cette rémission ne s'accentue pas d'ailleurs et notre opéré meurt dans la nuit.

Les fragments d'os recueillis aseptiquement nous ont permis des cultures. Celles-ci, dues à l'obligeance de M. Drucbert, chef de clinique chirurgicale, nous ont révélé du staphylocoque doré à l'état de pureté absolue.

Les observations d'ostéomyélite suraiguë, à forme typhoïde, sont très rares. Plus rares encore sont celles où

la mort a pu survenir avant toute suppuration. MAUCLAIRE, dans les travaux très documentés qu'il a consacrés à l'affection, cite seulement le cas de REYNIER (*France médicale*, 1887) où les choses se sont passées de la sorte.

M. LANNELONGUE, revenu récemment sur la question, ainsi que nous l'avons précédemment rappelé, parle de 9 cas analogues et donne le résumé de l'un d'entre eux. Il s'agissait d'une ostéomyélite du col du fémur dont l'ouverture, sans avoir fourni de pus, fut suivie de guérison après une convalescence marquée par la formation de multiples abcès métastatiques.

M. LANNELONGUE, quatre fois sur ses neuf cas, a fait pratiquer l'examen bactériologique. Il a toujours trouvé « le staphylocoque associé à d'autres microbes, une fois au streptocoque, une fois au bacterium coli et au streptocoque, une fois à un bacille court qui ne fut pas déterminé et une quatrième fois enfin au coli bacille. »

De ces constatations renouvelées d'associations microbiennes dans les formes graves, d'ostéomyélites aiguës sans suppuration, M. LANNELONGUE conclut à la plus grande sévérité du mal, lorsque celui ci résulte de la combinaison de plusieurs espèces microbiennes. A ces infections complexes appartiendraient toujours les variétés suraiguës avec symptômes typhiques, où l'état général sombre dès le début, entraînant parfois la mort du malade avant que le pus ait eu le temps de se collecter.

Notre observation, cependant, tendrait à démontrer que le staphylocoque doré peut, isolément, provoquer la forme la plus grave, typhoïde, de l'ostéomyélite aiguë.

A ce titre, elle méritait, sans doute, d'être rapportée.

A l'appui de l'origine infectieuse de certains cas de maladie de Friedreich (1)

par les docteurs **Combemale** et **Ingelrans** (de Lille)

La maladie de FRIEDREICH est une affection dont la nature est encore ignorée. L'anatomie pathologique n'en est pas définitivement établie ; pour DEJERINE, la lésion initiale est une sclérose névroglique des cordons postérieurs de la moelle épinière et il existe, en outre, des lésions des cordons latéraux et plus spécialement du faisceau cérébelleux direct. Mais, dit MARIE, il est impossible de dire s'il s'agit là de lésions nées sur place ou de dégénérations secondaires consécutives à l'altération de parties du système nerveux très éloignées les unes des autres.

Quoi qu'il en soit, le fait est que les lésions suffisantes pour entraîner toute la symptomatologie ne doivent se constituer dans leur totalité que tardivement, puisque la maladie de FRIEDREICH n'apparaît, dans la règle, que peu de temps avant la puberté et que des cas bien plus tardifs existent (BONNUS). Il s'agit d'une sclérose d'origine ectodermique dont le début se fait à une époque où le développement des faisceaux médullaires est depuis longtemps parachevé (DEJERINE et THOMAS, mars 1902). La petitesse de la moelle peut n'être envisagée que comme la conséquence des dégénérations survenues au moment de la puberté. La dégénérescence de la moelle devrait être regardée comme le phénomène initial.

« Les premiers symptômes se développant le plus souvent vers la 15e année, il paraît assez logique, eu égard au fonctionnement normal de la moelle jusqu'à cette époque, de penser que ses différentes parties sont jusque là anatomiquement saines et que le désordre fonctionnel accompagne le désordre anatomique. Par conséquent, si le syndrôme de la maladie de FRIEDREICH n'est pas congénital, les lésions anatomiques ne le sont pas davantage : ce sont des *lésions acquises*. » (*Traité de médecine* de BROUARDEL et GILBERT, tome IX, p. 874).

D'autre part, plus les cas se multiplient, plus on voit que le caractère familial fait fréquemment défaut. Dans la thèse de SOCA, on trouve onze faits où ce caractère manque. CHARCOT, en 1888, montre deux sujets du même genre, en faisant remarquer que le caractère familial n'est pas constant, RAYMOND rapporte cinq cas de maladie de Friedreich et, parmi ces sujets, trois sont isolément atteints bien qu'ils aient des frères et sœurs. C'est là un point bien acquis (voir encore les faits de BONNUS, de SIMON, etc.)

Lorsque le mal atteint plusieurs collatéraux, on sait également qu'il débute à deux ou trois ans près au même âge chez tous les sujets atteints.

Voilà donc une maladie de dégénérescence, liée à une modification héréditaire de la moelle (les cas familiaux en font foi) qui semble attendre une influence quelconque pour se révéler dans son plein jour, à une époque toujours la même. Il doit suffire de bien peu de chose, car la prédisposition est capitale en l'espèce. Cette chiquenaude initiale pourrait bien être une infection, souvent légère, parfois grave. MARIE déclare que, lorsque la maladie semble se développer sous l'influence directe d'une maladie infectieuse, on n'est pas autorisé à conclure qu'il s'agit d'une relation de cause à effet, étant donné les cas plus nombreux sans infection antérieure. Nous pensons cependant que des faits

(1) Communication au Congrès de Toulouse d'(avril 1902).

analogues à ceux de Musso, laissent fort à penser. Antonio contracte la variole à 20 ans ; aussitôt après l'ataxie de Friedreich débute. Son frère Domenico prend la variole à 17 ans : aussitôt après l'ataxie débute. La maladie du troisième frère Ignazio naît aussi après une variole prise à 15 ans.

Rutimeyer signale des observations du même genre : Rudolf entre dans la maladie de Friedreich à 7 ans après une scarlatine. Son cousin est atteint de fièvre typhoïde à 7 ans et les premiers signes s'établissent pendant la convalescence. Jacob, le frère, est pris après une chorée.

Nous ne pouvons nous étendre sur ces faits. On en trouvera l'ensemble dans le travail de Demoulin. Mais nous répétons qu'il paraît souvent y avoir plus qu'une pure coïncidence.

« Quel est l'agent qui met en branle la dégénérescence de la moelle ? La place de plus en plus considérable que l'infection et l'intoxication tendent à prendre dans l'étiologie des maladies en général doit porter l'attention sur elles ; et, dans quelques observations, en effet, l'apparition des premiers symptômes a été précédée d'une maladie infectieuse de l'enfance... Sous le masque de l'hérédité, on découvre l'infection et on est en droit de se demander s'il n'en est pas ainsi dans les affections exclusivement familiales... L'infection fait la maladie, mais l'hérédité fait la localisation. » (Dejerine et Thomas).

Dans les cas non familiaux, dans des exemples, par conséquent où la moelle a dû être héréditairement moins touchée, puisque les collatéraux du malade sont restés indemnes, il semble que l'origine infectieuse se manifeste plus souvent encore. Cela s'explique si l'on veut réfléchir que l'attaque a dû être plus intense pour mettre à mal une moelle plus résistante et demandant plus qu'une infection inaperçue pour être altérée. Cette indication montre que nous croyons à l'origine infectieuse de certains cas de maladie de Friedreich et notre conviction s'appuie tant sur les observations publiées que sur un fait personnel dont voici la relation.

Observation. — Amélie R..., âgée de 15 ans et 3 mois, entre à l'hôpital de la Charité de Lille le 17 octobre 1901.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, sans affections nerveuses. La malade a deux sœurs et trois frères : Marie, 13 ans, Julienne, 10 ans, Léon, 8 ans, Joseph, 4 ans, Pierre, 2 ans. Tous sont en très bonne santé.

Antécédents personnels. — La malade est née à terme, a été nourrie au sein et sa première enfance s'est passée dans d'excellentes conditions. Elle a marché de bonne heure. A 7 ans, elle prit la grippe. Celle-ci fut particulièrement intense : la malade dut garder le lit un mois. *Quand elle a voulu se lever*, elle ne put tenir sur ses jambes et tomba.

Peu à peu, malgré de nombreuses chutes, elle put faire quelques pas et se mit à marcher tant bien que mal. La jambe gauche surtout était paresseuse, faible et incertaine. L'année suivante, l'enfant remarqua les mêmes troubles à droite et insensiblement, la marche devint fort pénible. A 11 ans, les mouvements des bras manquèrent d'assurance. Lors de l'instauration récente des règles, tout augmente.

Etat actuel. — Fille de taille moyenne, robuste. Elle se met difficilement debout, et en prenant un point d'appui : pour conserver son équilibre, elle élargit sa base de sustentation. Elle n'appuie que sur le bord externe des pieds.

Pas d'ensellure ; légère scoliose dorsale.

Il faut la soutenir sous les bras pour lui permettre de faire quelques pas. Cet état est aussi accentué depuis dix-huit mois. Quand elle se met en marche, elle penche la tête en avant. La jambe est raide ; le pied frappe brusquement par terre. La démarche est tout à fait ébrieuse. Elle ne peut se retourner.

Au lit, elle ne soulève le membre inférieur qu'avec de grandes oscillations. La force musculaire est conservée et même assez grande.

Le pied est en varus équin. La face plantaire est très excavée : forte saillie des extrémités phalangiennes des métacarpiens.

Orteils en hyperextension. Les pieds sont le siège de troubles vaso-moteurs, de coloration rouge foncé.

Abolition des réflexes rotuliens. Signe de Babinski. Le membre supérieur droit est le plus incordonné. Pour saisir un objet, la malade plane et le prend brusquement. Pas de tremblement. Force conservée.

L'enfant est agitée de mouvements continuels, bien que peu marqués. Les bras remuent constamment et les mains se fléchissent. De plus, elle porte souvent la main devant la bouche, dans un geste contourné. Des mouvements désordonnés se manifestent à la face et fréquemment la bouche se tord un peu.

Les pupilles réagissent normalement. Ni diplopie, ni ptosis, mais mouvements nystagmiformes permanents.

Parole lente, scandée et nasillarde.

Sensibilité absolument intacte.

Intelligence médiocre : rire et pleurs sans motifs.

Ce Friedreich typique est né après une grippe. Dans le cas d'Amouroux, c'est immédiatement après une dothiénenterie ; dans celui de G. Petit, après une rougeole et une pneumonie ; dans celui de Variot, deux mois après une coqueluche ; dans celui de Bonnus, au cours de la syphilis ; dans ceux de Gilles et Huet, après une infection indéterminée et une typhoïde ; dans celui de Dreschfeld, après une fièvre

typhoïde ; dans celui de Cuche, après une coqueluche, comme dans le cas de Baumel ; dans celui de Simon, après une diarrhée dysentériforme ; dans celui de Soca, après une coqueluche. Chez Erliki, on note une éruption ; chez Katz, une scarlatine, comme chez Luntz, chez Vizioli, chez Ormerod.

Sont-ce là autant de coïncidences ? Et ne peut-on croire que ces sujets, prédisposés à coup sûr, attendaient une infection pour manifester leur état, pour mettre en branle des prédispositions latentes, pour parfaire en un mot une lésion insuffisante par elle-même à les instituer infirmes? Nous prenons acte de toutes ces observations pour conclure ceci : l'infection seule ne doit pas être capable de constituer la maladie de Friedreich. Le caractère familial habituel ne permet pas une telle hypothèse. Mais, si dans les cas familiaux la moelle ne demande qu'un rien pour se trouver en infériorité, dans les cas isolés une maladie infectieuse notable parait jouer un grand rôle pour faire éclater l'état morbide chez des individus qui seraient demeurés quasi-normaux sans cette intervention néfaste d'une infection déterminante.

BIBLIOGRAPHIE

Amouroux. — *Thèse de Paris*, 1899.
Baumel. — *Mercredi Médical*, 1891, p. 49.
Bonnus. — *Thèse de Paris*, 1898.
Cuche. — *Thèse de Lyon*, 1887.
Desmoulin. — *Thèse de Lille*, 28 janvier 1902.
Gilles et Huet. — *iconog de la Salpêtrière*, 1888 et 1898.
Katz. — *Deuts. med. Woch.*, 15 septembre 1898.
Luntz. — *Deuts. med. Woch.*, 17 août 1893.
Musso. — *Rivista clinica di Bologna*, 1884.
Petit. — *Journ. de clin. infant.*, 30 juin 1898.
Rutimeyer — *Virchows Archiv*, 1887.
Soca — *Thèse Paris*, 1888.
Variot. — *Journ, de clin. infant.*, 1898, p. 463.
Dreschfeld. — *Manchester and Liverpool méd. Reports*, 1876.
Schœnborn. — *Neurol Centralbl.*, 1er janvier 1901.

La production des lésions dans l'enseignement de la médecine opératoire

par le docteur **O. Laurent**, professeur à l'Université de Bruxelles.

Depuis huit ans, nous avons publié plusieurs articles sur les moyens d'adapter l'enseignement opératoire aux exigences de la technique moderne. Nous avons décrit des spécimens de sutures osseuses, tendineuses, nerveuses, de trépanations, etc., qui doivent, avec celles qui sont recueillies dans les hôpitaux (portions réséquées, moulages), constituer un *musée de médecine opératoire*. Dans un travail que M. le professeur Terrier a présenté, en notre nom, à l'Académie de médecine de Paris, nous avons décrit le *squelette chirurgical*, qui a figuré à l'Exposition de 1900, et sur lequel nous avons représenté de nombreuses opérations (tracés des incisions des amputations sur une substance transparente figurant les chairs, résections...). Nous avions dit antérieurement : « Nous espérons que ces démonstrations, choisies parmi les nombreuses pièces recueillies par nous, vous auront convaincu de ce que, même en dehors de l'hôpital, la chirurgie opératoire est justiciable d'un enseignement par intuition, et que le système qui vient d'être exposé est à même de rendre à l'élève plus de services qu'on en attendrait d'un cours d'apparence purement théorique.

« Sans compter qu'on peut rencontrer un cadavre hernieux ou goitreux, qu'on peut figurer une hémorragie par l'injection artérielle, et qu à défaut de matériel on pourrait pratiquer certaines opérations inoffensives sur l'animal anesthésié. Nous *créerons des lésions compliquées* sur lesquelles nous ferons travailler sous nos yeux ; il nous arrivera, par exemple, de faire une *incision transversale de la face antérieure* de l'avant-bras, intéressant muscles, artères, veines et nerfs ; de pratiquer, à l'aide de l'instrument tranchant, une *lésion de l'abdomen* ; de *fracturer* un os long et un os crânien, de déterminer quelque autre lésion : produire des *luxations* diverses. »

Nous *estimons que, certaines lésions étant mises à part* (tumeurs, sac herniaire...) *on peut réaliser sur le cadavre presque toute la technique opératoire de la pratique*. Et, partant de cet adage que, qui peut le plus, peut le moins, nous faisons pratiquer aux élèves les opérations les plus compliquées : suture d'une plaie intra-thoracique, exploration chirurgicale et suture d'une plaie du foie, suture d'une plaie ou d'une ulcération de l'estomac et exploration de celui-ci ; recherche de corps étrangers. La production de *lésions artérielles* est donc d'un grand secours dans l'enseignement.

Si nous avons, par exemple, pratiqué une *plaie* du *poumon* et injecté dans la plèvre un liquide coloré, il nous faut d'abord faire la ponction exploratrice, l'aspiration et la pleurotomie ; nous allons plus loin : nous taillons un volet de Delorme, ce qui demande des résections costales et des ligatures. Le volet ouvert, nous explorons *de visu* la cavité pleurale, la face externe du poumon, nous relevons son bord inférieur,

nous écartons le bord antérieur pour examiner la face interne, et nous suturons la plaie. Nous pouvons aussi avoir injecté un liquide dans le parenchyme pulmonaire, et figuré une collection que nous ouvrons au thermocautère ou à l'aide du doigt perforant. *Par cette opération, nous avons synthétisé et reproduit la chirurgie pleuro-pulmonaire avec presque tous les caractères de la pratique.*

Supposons une *plaie ou une collection du foie*. Nous voyons quelle est la meilleure incision à effectuer sur la paroi abdominale ; nous explorons le bord antérieur du foie ; nous abaissons celui-ci en soulevant les côtes, pour examiner la face antérieure ; nous le relevons pour examiner la face postérieure.....

Nous injectons les articulations pour l'*arthrotomie*.

Une *balle est dans la cavité crânienne* Quelle est la technique : résection temporaire, hémostase, exploration de la dure-mère ? A quelles tentatives d'extraction allons-nous avoir à recourir ?

Voilà une *blessure de la veine jugulaire* et de la carotide. Comment se comporter ?

Voilà une *blessure de l'avant-bras* ? Il y a à lier les artères, puis à rechercher les bouts tendineux et nerveux pour les suturer.

Des *injections intra-pelviennes* figureront certains épanchements, sur lesquels nous pourrons reproduire, partiellement tout au moins, la technique de la pratique.

Après avoir pratiqué le cathétérisme normal de l'urèthre, nous produisons une fausse voie périnéale, par laquelle nous faisons une injection : nous représentons la *tumeur urineuse*. Celle-ci est traitée par une opération qu'on peut appeler périnéotomie Nous supposons alors le segment postérieur de l'urèthre introuvable dans la plaie périnéale ; nous passons d'emblée à la fistule hypogastrique et au cathétérisme rétrograde.

Nous venons de résumer notre système d'enseignement ; nous n'avons pas parlé des méthodes françaises et étrangères pour ne pas être entraîné trop loin.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 25 Avril 1902 (fin)

Présidence de M. COMBEMALE.

Amputation du bras pour luxation du coude

M. Lambret présente un membre supérieur amputé pour luxation du coude, chez un homme de vingt et un ans. Celui-ci était tombé sur la paume de la main et avait aussitôt refait une seconde chute sur cette main. Il se produit du gonflement et de l'impotence du membre, dus à une luxation en arrière et en dehors qu'on réduit deux heures après sa production. La main et l'avant-bras deviennent froids et anesthésiés. Le pouls a disparu. Le soir, énorme œdème très tendu, non dépressible.

On incise au niveau de l'articulation. Il y a là un volumineux hématome ; les ligaments sont rompus. La luxation s'était reproduite, ce qui s'explique avec ces déchirures importantes. Le nerf médian, aminci, est le siège d'une vive infiltration sanguine. L'artère humérale ne bat plus ; les tuniques interne et moyenne en sont rompues dans la gaîne elle même intacte. Drainage et expectoration pendant trois jours. La fièvre survient et atteint 39°5. Des phlyctènes naissent sur le membre qui se gangrène et prend une teinte lie de vie. Amputation et guérison.

Les nerfs médian et cubital sont infiltrés de sang et supprimés au point de vue fonctionnel. La réduction de la luxation avait été effectuée, mais non maintenue, car la seconde chute du malade avait tout déchiré et violemment écarté les surfaces articulaires. Aucune fracture.

M. Colle vient de voir une luxation ainsi réduite. Le coude avait été mis dans un appareil pendant huit jours. A ce moment, il est en flexion incomplète et on croit à une ankylose. Dix semaines après, une radiographie indique une luxation complète. Si, dans le cas de M. LAMBRET, on avait mis un appareil solide, aurait-on eu de la gangrène ? On devrait employer des appareils plus sérieux : aussi, dans le cas de M. COLLE, la luxation est devenue irréductible.

M. Lambret répond que la non-réduction de la luxation ne peut suffire à expliquer cette gangrène, car de pareilles suites sont très rares.

Hystérectomie vaginale pour fibrome

M. Trampont présente un utérus enlevé par M. OUI : on en a fait l'ablation par le vagin pour un fibrome. Il s'agissait d'une femme de cinquante ans, ayant des règles fréquentes depuis quatre ou cinq ans. Elle avait été curettée l'an dernier pour métrite hémorrhagique. Le fibrome n'existait pas alors et son développement a dû être rapide. Il est gros comme les deux poings. La malade, opérée le 22 avril, est guérie.

Hystérectomie abdominale supra-vaginale pour fibromes multiples

M. Oui présente un utérus fibromateux enlevé par voie abdominale. C'est la voie à laquelle il donne la préférence et, dans le cas rapporté plus haut par M. TRAMPONT, il n'a pris la voie vaginale que parce qu'elle donne moins de choc et que la malade avait un mauvais état général.

Apoplexie ovarienne

M. Oui présente une pièce d'apoplexie ovarienne. La malade, qui avait des douleurs au niveau des annexes droites, présentait une métrite hémorrhagique traitée par le chlorure de zinc suivant la méthode de Delbet. D'extrêmes douleurs annexielles étant de nouveau survenues, on fit la laparotomie pour ablation des annexes malades. L'étiologie de l'apoplexie ovarienne est fort mal connue et le cas présent ne l'éclaire nullement.

Ostéomyélite grave non suppurée à staphylocoques

MM. Surmont et Colle font une communication sous ce titre (*est publiée dans le présent numéro*).

M. Lambret dit qu'il n'est pas démontré que le cas actuel soit identique à ceux que vient d'étudier Lannelongue. Si l'enfant était mort au quatrième ou cinquième jour, on aurait dit qu'il s'agissait d'une ostéomyélite ordinaire à staphylocoque pur, car le pus aurait eu le temps de se produire.

M. Colle répond que ce qui caractérise ces cas suraigus c'est justement que la suppuration n'a pas le temps de s'établir.

M. Charmeil remarque que, lors de l'opération, on n'a pour ainsi dire pas constaté de lésion. Une parcelle osseuse prise en n'importe quel point du squelette et imbibée de sang aurait fourni des staphylocoques, car ces microbes étaient dans la circulation. Le diagnostic n'a été posé ici que sur une douleur localisée et c'est peu comme symptomatologie.

M. Colle. — L'ostéomyélite est une maladie générale avec localisation. Quand on veut la produire expérimentalement, on injecte des microbes dans la circulation. Dans ces cas suraigus, il n'y a effectivement qu'un seul signe, mais il est suffisant : c'est la douleur locale.

M. Surmont. — La douleur exquise en un point était caractéristique. La maladie avait débuté subitement et seule, la pression en un point, faisait sortir le malade de son état typhique. Comme on ne trouvait aucune lésion ailleurs, le diagnostic clinique était assuré. Il est bien certain que l'ostéomyélite est une septicémie, mais elle a une première grande manifestation sur les os. Du reste, l'éruption pustuleuse du sujet indiquait la septicémie et commandait un pronostic grave. L'intérêt du fait ici rapporté consiste dans la présence de staphylocoques à l'état de pureté.

M. Gaudier dit que la nouvelle communication de Lannelongue n'est qu'une réédition. Il y a longtemps qu'on opérait des ostéomyélites avec vive douleur locale et nullement suppurées. L'absence de pus est connue depuis longtemps. Il y a une quinzaine d'années, ce véritable typhus des membres était considéré comme une infection monomicrobienne, ce qu'on redécouvre actuellement.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Médecine et Police : Les mouvements instinctifs !

Une femme était en travesti, lorsqu'on lui lança une orange. Elle tendit les mains ; mais oubliant qu'elle était habillée en homme, elle écarta en même temps les jambes pour recevoir, sur sa jupe absente, le fruit qu'elle ne pouvait pas saisir au vol ; car c'est là un mouvement machinal féminin, tandis que, dans le même cas, les hommes, au contraire, rapprochent les genoux. — Ce mouvement trahit le sexe pour un observateur de profession.

Aventure arrivée à Jules Favre, qui voulait faire entrer une femme à la Grande Chartreuse. C'est le prieur qui employa ce stratagème.

MOTS DE LA FIN

Naïveté d'enfant. — Un de nos confrères vient determiner un accouchement, et au moment de partir annonce à une gentille petite fille qu'elle vient d'avoir un petit frère.

— Un petit frère ! Oh que je suis contente ! Est-ce que maman le sait ?

(*Lyon Médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Épidémie de variole

Nous recevons la lettre suivante :

Lille, 1er mai 1902.

Mon Cher Rédacteur en chef,

Le compte-rendu de la dernière séance de la Société de Médecine du Nord, paru dans l'*Echo Médical* du 27 avril dernier, donne des renseignements sur les mesures prises pour favoriser la vaccination et la revaccination et empêcher l'extension de l'épidémie de variole qui sévit actuellement à Lille.

Ces renseignements sont incomplets.

Il résulte, en effet, d'une lettre de M. le docteur Staes-Brame, directeur de l'Office sanitaire, que, outre les mesures déjà indiquées :

1° L'Office sanitaire a fait pratiquer les revaccinations dans toutes les écoles ;

2° Le Bureau de Bienfaisance a imposé la vaccination et la revaccination à tous ses assistés ;

3° Outre des dispensaires ouverts pendant la semaine, un dispensaire est ouvert le dimanche matin, de dix heures et demie à midi, à l'Asile de nuit (faubourg du Sud).

Il me reste à ajouter que le syndicat l'*Avenir Médical*, en dehors de toute organisation officielle, a donné et donne encore des séances de vaccination gratuite de 7 à 8 heures du soir, alternativement, à l'Hôtel des Syndicats et à la Coopérative l'Union de Lille.

Enfin, des industriels en assez grand nombre ont fait vacciner le personnel de leurs usines ou de leurs ateliers, soit par leur médecin attitré, soit par un vaccinateur que leur a procuré l'Office sanitaire ou le Comité central de vaccine.

Il est certain que, dans ces conditions, le nombre des opérations vaccinales doit être considérable. Mais quel que soit le zèle des vaccinateurs, il doit rester encore beaucoup

à faire et il est à souhaiter que la population lilloise ne s'endorme pas encore dans une sécurité excessive.

Veuillez agréer, mon cher Rédacteur en chef, l'expression de mes sentiments cordialement dévoués.

Dr M. Oui,
Secrétaire du Comité central de vaccine.

UNIVERSITÉ DE LILLE

SOUTENANCES DE THÈSES

M. L.-F.-H. Eissendeck, de Nieppe (Nord), a soutenu avec succès, le lundi 28 avril, sa thèse de doctorat (6me série, n° 76), intitulée : **Des fractures diaphysaires de l'avant-bras et de leur traitement**.

— M. A.-G.-M. Pollet, de Lille (Nord), ex-interne à l'asile d'aliénés de Dury, ex-préparateur de physique, a soutenu avec succès, le mercredi 30 avril, sa thèse de doctorat (6me série, n° 77), intitulée : **De la thyroïdothérapie dans le goître exophthalmique**.

— M. L.-O. Rançon, de Picquigny (Somme), a soutenu avec succès, le vendredi 2 mai, sa thèse de doctorat (6me série, n° 79), intitulée : **Des accidents pulmonaires dans l'occlusion intestinale**.

Distinctions Honorifiques

Médaille des épidémies. — La médaille d'honneur **en vermeil** a été décernée à M. le docteur Gomot, de Guéret (Creuse) ; **en argent** : à MM. les docteurs Deroyer, de Fougères (Ille-et-Vilaine) ; Mathieu, de Vassy (Haute-Marne) ; **en bronze** : à MM. les docteurs Glennie, Aillères (Ille-et-Vilaine) ; Meunier, de Rennes (Ille-et-Vilaine) ; Lamargnère, de Mont-de-Marsan (Landes) ; Dutheil, d'Aubusson (Creuse) ; Beaufils, de Clamecy (Nièvre) ; Masbrenier, de Melun (Seine-et-Marne) ; Cavaillon, de Carpentras (Vaucluse).

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Nancy. — M. le docteur Paris est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire, d'un cours de clinique des maladies mentales.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Descoings, d'Angers (Maine-et-Loire) ; P. Thuau, de Condé ; Bellengé, de Fougères (Ille-et-Vilaine) ; Binet, de Lyon (Rhône) ; Nines, de Ganges (Hérault).

M. Chotteau, étudiant en médecine de la Faculté de Lille, décédé à Denain, à 28 ans.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

16e et 17e Semaines, du 13 au 26 Avril 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	19	7
3 mois à un an	22	17
1 an à 2 ans	13	9
2 à 5 ans	9	10
5 à 10 ans	3	»
10 à 20 ans	2	5
20 à 40 ans	20	16
40 à 60 ans	21	16
60 à 80 ans	30	33
80 ans et au-dessus	3	7
Total	142	120

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	2	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	»	»	2	7	19
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	4	»	»	»	»	2	»	3	3	2	1	»	»	3	1	»	»	»	»	9	28	32
Moulins, 24,947 hab.	2	»	»	»	»	3	1	»	11	4	1	»	»	2	»	»	»	»	»	15	39	29
Wazemmes, 36,782 hab.	1	»	»	»	»	6	1	3	7	2	12	»	»	7	1	1	»	»	»	17	58	47
Vauban, 20,381 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	3	2	»	»	»	3	»	»	»	1	»	7	17	20
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	1	1	5	6	3	1	»	1	7	»	»	2	»	»	16	43	26
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	3	»	»	»	1	5	»	»	»	»	»	4	15	16
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	1	»	»	1	1	»	»	»	»	3	10	14
Fives, 24,191 hab.	1	»	»	»	»	2	1	2	2	»	3	»	»	4	2	1	»	1	»	4	23	34
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	1	1	1	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	4	9	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	2	1	4	»	»	»	»	»	»	»	»	5	13	5
Total	11	»	»	»	»	17	5	15	39	18	24	»	3	33	5	2	2	2	»	86	262	243

N° 278. Sixième Année. N° 19. Le Numéro : **10** centimes. 11 Mai 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'appendicite parasitaire

par le Médecin principal **Moty**, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

Il y a deux ans, je signalais (1) les incertitudes qui planent encore aujourd'hui sur les causes réelles de l'appendicite et je cherchais à montrer combien le pronostic devait en être réservé et combien il était difficile de préciser les indications opératoires en présence de ces incertitudes.

Depuis cette époque des faits intéressants sont survenus dans l'histoire de l'appendicite et les opinions outrancières ont cessé d'avoir cours ; l'un des plus importants de ces faits est la constatation du rôle des parasites intestinaux dans l'inflammation de l'appendice. Sans vouloir exagérer l'étendue du terrain conquis nous croyons pouvoir dire qu'il est maintenant permis de classer les appendicites en deux groupes :

1° Mécaniques, comprenant : les appendicites par corps étrangers, les appendicites parasitaires et les appendicites traumatiques.

2° En infectieuses, comprenant les appendicites par intoxication ou auto-intoxication, les appendicites diabétiques, tuberculeuses, grippales, etc., et en résumant davantage : les appendicites mécaniques et les appendicites infectieuses.

Au point de vue de l'ancienne anatomie pathologique, celle qui se faisait sur le cadavre, l'appendicite par corps étranger se traduisait par les plus gros chiffres.

Mais au point de vue de l'anatomie pathologique actuelle, celle qui se fait sur le vivant par l'examen d'appendices enlevés à froid, il n'en est plus de même, la plus grande partie de ces appendices ne présentent que des lésions assez peu accusées quelquefois pour que le chirurgien puisse se demander si l'opération était réellement indiquée. La proportion des appendices à corps étrangers est douce en raison inverse de la tendance opératoire des chirurgiens, ce qui revient à dire que la plupart des appendicites mortelles ou très graves sont des appendicites calculeuses que l'on n'ose plus opérer ou que l'on opère trop tard.

Les appendicites traumatiques et les appendicites parasitaires sont d'une gravité très variable suivant la nature du traumatisme et celle du parasite ; une contusion grave peut être rapidement mortelle si l'on n'intervient pas, tandis qu'une contusion légère devient le point de départ d'une appendicite chronique ;

(1) MOTY, Traitement chirurgical de l'appendicite, *Echo Médical du Nord* 1899, p. 589.

ce qui est certain, c'est que l'appendice une fois traumatisé revient difficilement à son état normal.

Un gros parasite comme l'ascaride détermine le sphacèle de l'appendice quand il s'y loge, tandis que les plus petits parasites, oxyures et trichocéphales, par exemple, produisent des appendicites chroniques en tout semblables à celles de la deuxième catégorie.

Aller plus loin serait m'écarter de mon sujet ; je passe donc rapidement à ma deuxième catégorie d'appendicites.

Ici nous voyons que la localisation appendiculaire tire en général sa gravité de celle de l'infection qui lui a donné naissance et nous pouvons dire que l'appendicite des diabétiques est la plus grave de toutes parce qu'une inflammation profonde est presque fatalement mortelle chez les diabétiques ; mais les raisons qui déterminent la localisation de l'inflammation sur l'appendice dans une infection ou un trouble définitif ou passager des fonctions de nutrition sont encore mal connues ; on ne s'explique pas pourquoi l'appendice reste intact dans la fièvre typhoïde, et il faut reconnaître que l'origine de la plupart des appendicites de la 2e catégorie est encore bien mystérieuse. Toutefois la multiplicité des causes de la maladie nous oblige à lui refuser toute espèce d'agent pathogène spécial, et, comme les faits anatomo-pathologiques fournis par les appendicites mécaniques nous montrent que la cause irritante la plus minime, incapable de déterminer une lésion de l'intestin, suffit à produire des appendicites graves, nous devons admettre que la cause générale réside dans la prédisposition de l'appendice aux inflammations ; prédisposition paraissant avoir elle-même une de ses raisons d'être dans la circulation insuffisante et mal assurée de cet organe, ainsi que M. le médecin-major Mariau l'a dit à la Société de Médecine du Nord.

Les causes déterminantes des appendicites n'ont qu'une influence très relative sur leur gravité ; tantôt on voit une péritonite mortelle résulter du sphacèle d'un appendice vide s'enflammant brusquement sans cause apparente, tantôt, au contraire, on trouve en opérant, une appendicite aux allures rassurantes, un calcul dont la dureté prouve l'ancienneté, de sorte que l'on a pu dire, en s'appuyant sur la clinique, qu'il fallait opérer toutes les appendicites ou qu'elles peuvent toutes guérir sans opération. Il est presque évident à priori, qu'aucune de ces formules absolues ne répond à la vérité ; la vérité c'est que la nature a pour la défense de l'organisme, des ressources admirables dans le déploiement desquelles nous la surprenons au cours de nos interventions ; enkystement d'un appendice spontanément amputé et oblitération du bout central, enkystement ou élimination d'un calcul, enkystement d'un foyer purulent, etc., etc.,. Mais à côté de cette résistance quelquefois merveilleuse elle a d'inexplicables défaillances et jamais il n'est permis, jusqu'ici du moins, de pronostiquer la guérison définitive d'une appendicite sans intervention.

Telle est la position actuelle de la question. On conçoit donc tout l'intérêt que présenterait une classification certaine des appendicites avec signes pathognomoniques permettant leur diagnostic sur le vivant et par suite l'institution d'un traitement rationnel correspondant à chaque groupe particulier ; c'est dans cet ordre d'idées que les premières communications sur les appendicites parasitaires ont attiré l'attention du corps médical.

Nous verrons plus loin que cette conception n'est pas absolument réalisable mais avant de chercher une formule applicable à l'appendicite parasitaire, rassemblons d'abord les quelques faits établissant son existence.

Voici en résumé les observations sur lesquelles reposait le mémoire que nous avons lu à l'Académie le 2 avril 1901, elles ont été recueillies à l'hôpital militaire de Lille :

Observation I. — G.... 19e chasseurs, cultivateur de profession, entré le 2 mars 1900 à l'hôpital militaire de Lille, souffre depuis cinq ans de douleurs dans le flanc droit avec troubles digestifs intermittents, ce qui ne l'a pas empêché de faire son service de cavalier depuis son incorporation. Les exercices violents aggravent son mal, il présente d'ailleurs tous les signes de l'appendicite chronique.

Le 6 mars chloroformisation, ouverture de l'abdomen ; l'appendice long de 8 à 9 centimètres est replié sur lui-même en son milieu mais sans gonflement ni congestion ; son méso adhère sur toute son étendue ; ligature et libération du méso, écrasement et ligature double au catgut de la base de l'appendice ; deux adhérences épiploïques anciennes au cœcum sont respectées : réunion complète, suites simples, sorti le 8 avril.

L'appendice contient des oxyures vivants; interrogé à ce point de vue le malade dit s'être aperçu, il y a quelques mois, de démangeaisons anales.

Observation II. — L..., soldat au 16e bataillon de chasseurs, à Lille, entré le 29 novembre 1900 pour appendicite. Appendicite datant de deux ans, poussée récente en voie de résolution, repos au lit.

Le 4 décembre, cocaïnisation ; incision iliaque droite, appendice replié en arrière et en dehors et fortement adhérent ; ligature double à l'embouchure cœcale, section au thermo-cautère ; dégagement de l'appendice et de son méso ; ligature et résection du méso ; ébouillantage rapide ; réunion avec petit drain.

Suites simples. Ablation du drain le 9 décembre, des sutures cutanées le 15.

Sort le 27 décembre par congé de deux mois. L'appendice gros et court contient cinq oxyures vivants ; la muqueuse très épaissie présente de nombreuses ulcérations dont deux centrales avec menaces de sphacèle ; méso épaissi avec noyaux rouges inflammatoires ; aucune autre cause apparente d'appendicite. Interrogé à ce point de vue, le malade, né à Marquise (Pas-de-Calais), déclare ressentir depuis plus de deux ans des démangeaisons anales ; il croit que ses deux frères sont atteints d'oxyures.

Observation III. — O..., soldat au 151e d'infanterie (Verdun), originaire de Quesnoy-sur-Deûle (Nord), entre le 14 septembre 1900 à l'hôpital militaire de Lille ; il a été pris brusquement, le 21 juillet, d'appendicite aiguë rapidement refroidie. Le 18 septembre, chloroformisation ; incision iliaque droite : l'appendice complètement libre se présente au niveau de l'incision ; écrasement et ligature double au catgut suivant le procédé habituel ; réunion totale ; suites simples. Sort le 21 octobre.

L'appendice présente une muqueuse légèrement épaissie avec petits ulcères superficiels, il contient 2 oxyures, bien que le malade ne se soit jamais aperçu de la présence de parasites dans son intestin.

Voici deux autres observations d'appendicite avec oxyures sans vérification de la présence de parasites dans l'appendice.

Observation IV. — S..., préposé des Douanes à Halluin, entre le 24 juin 1900, porteur d'un volumineux abcès appendiculaire et atteint d'accidents d'appendicite depuis un an. Cocaïnisation et ouverture immédiate de l'abcès par une incision verticale, au niveau du sommet de la crête iliaque ; gros drain. Le 2 juillet la suppuration est à peu près tarie ; le 8, poussée fébrile, pleurésie droite étendue, qui se résout heureusement : sorti le 2 août ; il reste un noyau d'induration profond au niveau du siège de l'appendice.

Suivant notre conseil le malade rentre le 28 août ; il conserve quelques douleurs lancinantes dans la fosse iliaque, mais l'induration a disparu.

Le 7 septembre, cocaïnisation locale, ouverture de l'abdomen, libération d'adhérences multiples du cœcum et d'un feuillet épiploïque qui le recouvre ; résection d'un paquet épiploïque induré, découverte du fond du cœcum et de l'appendice totalement adhérent qui plonge droit en arrière en dehors de l'iliaque primitive ; libération, écrasement, ligature et résection au thermo-cautère de l'appendice et de son méso : ébouillantage rapide au tampon ; gros drain, réunion.

Ablation du drain le 11 septembre, des fils le 18 septembre, réunion complète.

Sort le 5 octobre ; a repris son service à Roubaix. L'appendice ne contient pas de corps étrangers, mais sa muqueuse est enflammée ; après son opération le malade s'est plaint de rendre des oxyures et de ressentir, depuis deux ou trois ans, des démangeaisons anales auxquelles il n'a pas attaché d'importance. Il a pris une dose de calomel avant de quitter l'hôpital ; mais en octobre, il a continué à souffrir de leur présence ; le docteur Pieschon, son médecin, ayant bien voulu me demander mon avis, je lui ai indiqué la cause du mal dont il a rapidement débarrassé son patient. Celui-ci m'écrit au 1er janvier qu'il est en parfait état de santé.

Observation V. — Il s'agit d'un jeune garçon de 10 ans, de mes parents, qui est pris brusquement, en dînant chez sa tante en 1898, de coliques appendiculaires. Je l'immobilise et j'observe ; la résolution se fait rapidement sans laisser trace d'induration dans la fosse iliaque ; il prend du sous-nitrate de bismuth pendant un an environ et de temps à autre une dose de calomel pour se débarrasser d'oxyures tenaces. Depuis 1899 il a cessé tout traitement et paraît être parfaitement guéri.

Si l'on tient compte du fait publié par Gily-Guinard (20 novembre 1901) et de la discussion qui s'en suivit à la Société de chirurgie et du mémoire de Metchnikoff à l'Académie de médecine, il est difficile d'accepter l'opinion de Guiart (Société de Biologie, 16 mars 1901) qui n'accorde aucune valeur à la présence de tricocéphales dans l'appendice.

Je rappellerai que l'*Écho médical du Nord* a publié, il y a peu de temps, une observation de sphacèle de l'appendice par pénétration d'un lombric ; cette dernière catégorie de faits doit être mise à part et considérée comme peu nombreuse et extrêmement grave, parce qu'il s'agit d'un gros parasite amenant comme les gros corps étrangers une inflammation suraiguë avec étranglement et sphacèle de l'appendice ; mais les deux autres ne sont pas des raretés et deviendront certainement très riches en faits, le jour où l'on examinera peu de temps après leur ablation et sans les plonger dans aucun liquide, le contenu des appendices enlevés. Sans insister longuement sur la question des trichocéphales dont Metchnikoff poursuit l'étude, je crois pouvoir conclure de sa communication et de la mienne, que les parasites endémiques dans certaines régions : l'oxyure dans le Nord, le trichocéphale à Paris, jouent un rôle notable dans la fréquence croissante des appendicites. L'irritation prolongée d'une muqueuse susceptible par un parasite minuscule, suffit à expliquer l'inflammation de l'appendice et je crois qu'il n'y a pas lieu de discuter longuement

par avance la justesse de cette opinion, car la parole est aux faits et il est prudent d'attendre que leur nombre devienne plus considérable. Pour moi qui ai rencontré trois fois des oxyures dans les cinq derniers appendices que j'ai enlevés à Lille, l'influence de ces agents n'est pas douteuse, mais c'est une opinion contestable ; il est permis de considérer la présence des oxyures dans l'appendice comme une simple coïncidence ; et cependant en faisant la part large, je ne pense pas avoir eu affaire à des malades atteints d'oxyures dans plus d'un cas sur cinquante au maximum ; il faut donc pousser loin la prudence pour refuser d'admettre que la constatation d'oxyures dans trois cas sur cinq ne soit pas l'effet d'un pur hasard. Il en serait de même pour la série de KIRMISSON qui trouve des œufs de trichocéphales dix-huit fois sur vingt-deux cas d'appendicite.

J'a dit et je répète que cette proportion de 3 sur 5 était manifestement trop élevée, mais j'ai dit aussi et je pense toujours que bon nombre de cas échappent au chirurgien, soit parce qu'ils lavent l'appendice dans l'eau pure, soit parce qu'ils ne l'ouvraient pas immédiatement. Ayant enlevé avec soin les cinq oxyures de mon dernier appendice réséqué à Lille, je les mis dans un flacon d'eau froide sur mon bureau et une heure après ils étaient méconnaissables, quand je les recherchais dans l'après-midi je ne pus les retrouver. M. METCHNIKOFF m'a montré qu'ils s'étaient au contraire parfaitement conservés dans un flacon d'eau thymolée contenant le premier appendice à oxyures de ma petite série.

Quelle que soit la défiance avec laquelle l'idée de l'appendicite parasitaire doive être accueillie, le nombre de faits publiés est cependant suffisant déjà pour rendre nécessaire la recherche des œufs de parasite dans les cas chroniques, surtout chez l'enfant. En cas d'oxyures on sera le plus souvent renseigné par les patients dont il suffira de vérifier les dires pour s'épargner une recherche plus délicate. Mais il n'en va pas de même avec les trichocéphales généralement ignorés des patients. Voici donc quelques données pour ce genre de recherches : Enlever avec le fil de platine ou une pointe quelconque une parcelle de matières fécales, les mucosités de préférence quand il y en a ; l'étaler sur la lame de verre, la dissocier avec une petite goutte d'eau et la recouvrir d'une lamelle.

Les œufs d'oxyures ont la forme d'un ovale allongé un peu déformé du côté de sa grosse extrémité (ils éclosent en 6 heures à + 37° d'après HALLER), ils ont environ $0^{mm}4$ de grand diamètre.

Les œufs de trichocéphales sont d'une parfaite régularité, leur forme est celle d'une ellipse à grand diamètre double du petit.

On distingue facilement les oxyures des trichocéphales, parce que les premiers sont plus petits (femelles 1 centimètre, mâles 1/3 de centimètre) et que leur corps est mou ; les seconds ont le corps ferme deux fois plus gros que les oxyures et portent un long filament antérieur flexible qui traîne dans les mucosités et à l'extrémité duquel se trouve la tête ; on trouve cependant, comme le faisait remarquer M. GUINARD, de jeunes trichocéphales si fins qu'on a une certaine peine à les voir et que l'on confondrait facilement avec une fibre végétale.

Je n'ai rencontré jusqu'ici le trichocéphale chez aucun des militaires de la garnison de Paris que j'ai eu à traiter pour appendicite ; mais ce fait était à prévoir, car ces malades originaires de la province sont soumis depuis peu de temps à l'influence du milieu parisien, au moment où ils viennent en observation : l'appendicite calculeuse et l'appendicite de cause indéterminée sont la règle chez eux.

Pronostic et traitement. — Il n'y a aucun rapport constant entre la gravité d'une appendicite et sa cause et de ce qu'on est en présence d'une appendicite parasitaire, on n'est pas en droit de conclure que la maladie est bénigne et qu'en chassant les oxyures on la guérira.

L'appendice est un organe extrêmement susceptible, la lecture des observations ci-dessus montre (observation IV notamment), que la première attaque sérieuse d'une appendicite parasitaire peut être très grave et il est vraisemblable qu'un appendice enflammé chroniquement, déformé, retréci ou dilaté, ne peut pas revenir à l'état normal et constitue par suite une menace permanente pour celui qui en est porteur, même s'il est définitivement débarrassé des parasites, cause originelle de son mal.

Par contre, si l'on reconnaissait la présence d'oxyures dans un cas bénin, comme notre observation V, le pronostic serait amélioré ; et en conséquence, toutes les fois qu'on n'aura pas senti de noyaux d'induration dans la fosse iliaque à la suite de la crise, et qu'on n'y provoquera plus de douleurs par la pression on pourra tenter le traitement médical pur surtout chez

les enfants en avisant les familles des réserves qu'il y a lieu de faire pour l'avenir.

Ce traitement devra remplir deux indications : chasser les parasites et ramener l'appendice à l'état normal. Les agents s'adressant à la première sont très nombreux et il serait trop long de les passer en revue ici ; je me bornerai donc à rappeler que METCHNIKOFF recommande contre le trichocéphale le thymol à la dose de 4 grammes en cachets. En ce qui concerne la seconde, les purgatifs sont considérés comme favorables ; il est bon de n'en pas abuser et de ne pas dépasser une ou deux doses d'eaux laxatives par mois ; j'emploie systématiquement le bismuth sous forme de sous-nitrate en suspension dans un verre d'eau sucrée, absorbé par petites gorgées dans le cours d'une journée à la dose de 2 à 4 grammes, et je prolonge pendant plusieurs mois ce traitement qui amène vite, comme j'ai pu le constater sur moi-même, la sédation des spasmes intestinaux et la décongestion des muqueuses intestinales.

Conclusions. — I. — Le parasitisme intestinal est fréquent chez les malades atteints d'appendicite, et le nombre des faits où la présence de trichocéphales ou d'oxyures a été constatée directement dans l'appendice est déjà suffisant pour ébranler l'hypothèse de pure coïncidence.

II. — Les appendicites parasitaires présentent les mêmes caractères que les autres et ne se diagnostiquent que par la présence des parasites ou de leurs œufs dans l'appendice ou dans les selles.

III. — La gravité des appendicites parasitaires aiguës ou les altérations irrémédiables qu'elles ont amenées dans l'appendice nécessitent souvent l'intervention ; les cas légers surtout chez l'enfant sont justiciables d'un essai de traitement médical.

IV. — L'appendicite parasitaire semble former des foyers régionaux limités. Le trichocéphale domine à Paris, l'oxyure dans le Nord. Il est possible que d'autres parasites jouent le même rôle dans d'autres contrées. Les villes paraissent plus touchées ; peut-être le système des vidanges est-il en rapport avec cette recrudescence de parasitisme. Toutes ces questions méritent de fixer l'attention des chirurgiens et des hygiénistes.

Consultations Médico-Chirurgicales

Epilepsie

Professeur F. COMBEMALE et Docteur L. INGELRANS.

I. Epilepsie vulgaire.

INFORMATIONS CLINIQUES. — 1° Un adulte, le teint blafard, le regard terne, ébauche un geste subit de défense, en pleine rue, là où il se trouve, pâlit, jette un long cri d'horreur et tombe sans connaissance, enraidi de tous ses muscles, le pouce dans la main, les mâchoires serrées, la respiration suspendue ; le malade devient vite violacé : Puis, graduellement croissantes d'envergure, des secousses musculaires, des convulsions cloniques surviennent qui agitent tout le corps, projetant la tête et les membres en tout sens, faisant grimacer la face, amenant l'expulsion de l'urine et des matières fécales, causant le grincement des dents, les morsures de la langue, la projection d'une salive mousseuse et sanguinolente. Enfin, les secousses amoindries et moins rapides, un coma plus ou moins marqué accompagné de stertor survient pour quelques minutes ou une heure, au sortir duquel le malade, hébété, répare inconscient le désordre de sa toilette et ne se souvient de rien. C'est là le *grand accès d'épilepsie*.

2° Ce même sujet, quelques jours plus tard, au milieu de ses occupations, sera encore précipité à terre, enraidi pour quelques secondes, mais sans convulsions et sans stertor. Un autre moment, immobilisé et les yeux fixes, il interrompra son travail ; puis il se remettra à l'ouvrage, inconscient de l'arrêt que ses voisins ont surpris et noté. Ce sont là le *vertige épileptique* et l'*absence épileptique* ou petit mal.

3° Sujette ou non à ces accès qualifiés, une personne, obéissant à une impulsion irrésistible, se met subitement à courir, renversant tout sur son passage et s'arrête étonnée de se voir là où elle est ; ou bien, prise d'un délire subit, elle brise, frappe, blesse ou tue, sans garder le souvenir de ces actes délictueux. Exemples d'*équivalents épileptiques*.

4° Un enfant, arriéré ou d'intelligence très ordinaire, se réveillera le matin, brisé, mal en train, après avoir pissé au lit, l'oreiller taché de bave sanguinolente ; la répétition fréquente ou groupée des mêmes symptômes forcera le diagnostic d'attaque d'*épilepsie nocturne*.

5° Un homme arrivé à la quarantaine, buveur, peut-être syphilitique, d'apparence congestive, qui tremble des mains et perd la mémoire, dont la langue fourche assez souvent, dont le caractère, les habitudes, les sentiments ont changé, sans motifs, qui, un beau jour, en colère, crie, gesticule, puis s'écroule comme une masse dans une grande attaque d'épilepsie, est un paralytique général au début, qui entre dans sa maladie par *une attaque épileptiforme*. Cet autre est un

buveur d'absinthe qui a des accès d'épilepsie alcoolique ; ce troisième, un brightique qui arrive à l'urémie par des convulsions prémonitoires ; ce quatrième, un auto-intoxiqué chronique dont la migraine habituelle se transforme en épilepsie.

6° Chez les premiers malades : les attaques sont rares ou fréquentes, isolées toutefois. Mais à l'occasion d'excès de table, de boisson, en suite de coït, aux approches de la période menstruelle à la suite d'émotions vives, elles se groupent en séries ; parfois même deviennent subintrantes. L'*état de mal* s'installe, pour un jour, deux jours et plus, et par l'épuisement le patient marche vers le collapsus final. C'est la forme majeure de l'épilepsie.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — L'éclampsie relève de l'auto-intoxication gravidique ; les attaques épileptiformes de l'absinthique, celles de l'artério-scléreux relèvent de l'imprégnation alcoolique, de l'urémie ; l'encéphalite chronique commande celles du paralytique général. Pour l'épilepsie symptomatique d'une cause déterminée et connue, l'indication majeure est donc de prévenir ou combattre les intoxications, d'enrayer la marche de la lésion destructive.

Quant à l'épilepsie dite essentielle, elle aussi sans nul doute est symptomatique ; mais la cause nous en échappe encore le plus souvent. La cause intime du moins ; car, c'est de la famille neuro-arthritique comme des grands alcooliques que naissent ces épileptiques idiopathiques qui, sans causes appréciables, ont leurs premières crises de bonne heure, ou vers quatorze et dix-huit ans ; car c'est presque toujours chez eux, porteurs de stigmates de dégénérescence organique : asymétrie faciale, synostoses, dents mal implantées, arrêts de développement, voûte palatine ogivale, etc., que la commotion cérébrale, les plaies des nerfs, les lésions de l'œil, de l'oreille, du nez, de l'utérus, etc., ou toutes altérations purement occasionnelles déterminent les attaques, sans être causales à proprement parler.

Comme il est démontré que les accès convulsifs ont leur point de départ dans l'écorce cérébrale, et peuvent (Féré) se manifester sous l'influence de toutes les conditions qui réalisent de façon durable ou passagère une faiblesse irritable des éléments de l'écorce, les indications de l'attaque d'épilepsie sont peu variées, alors que celles de l'épilepsie sont au contraire très variables.

Si l'on a la chance de découvrir la cause occasionnelle, l'effort thérapeutique consistera plus à la modifier en la supprimant ou en l'annihilant, qu'à combattre les accès. Mais il s'agit d'une épilepsie dite idiopathique, cas le plus fréquent, c'est avant tout à diminuer pour le présent et dans l'avenir, de façon permanente, l'excitabilité cérébrale que l'on devra s'appliquer.

De toutes manières, la grande attaque comporte un ensemble de moyens palliatifs, toujours les mêmes que nous indiquons d'abord. Dans ces cas aussi, la cause profonde première, étant inconnue ou connue, c'est à l'hygiène de réparer, dans la mesure du possible, le vice physiologique hérité.

TRAITEMENT. — **A. PENDANT L'ATTAQUE.** — Il est illusoire d'essayer, avant l'attaque, quand commence l'aura, de juguler la crise. Même quand elle dure un temps appréciable, tout sera inutile. Tel malade se serrera avec force l'avant-bras, se comprimera la main et les doigts ; tel autre courra, criera, avalera une boisson froide. Outre que l'épilepsie vraie, petite ou grande, ne laisse pas le temps d'exécuter ces mouvements volontaires, elle ne se laisse pas enrayer par ces moyens.

Le médecin, même présent, ne peut pas davantage. La piqûre de morphine, pratiquée à ce moment, est sans action sur l'évolution de l'attaqué ; de même, la compression des carotides, l'inhalation d'ammoniaque, le sinapisme, etc.

Quand l'attaque est commencée, le rôle du médecin ou de l'infirmier est tout tracé. On a empêché, si possible, le malade de se blesser en tombant, on le garera des traumatismes pendant les convulsions. Tâcher de le maintenir sur le dos, sans toutefois chercher à l'immobiliser, ou bien, suivant les circonstances, le coucher sur un matelas, lui glisser un oreiller sous la tête et sous les bras, dans le but d'éviter l'asphyxie, les blessures au visage ou à l'occiput. Il sera plus chanceux de parvenir à placer entre les mâchoires du liège ou un coin de bois, afin d'empêcher les morsures de la langue. Ce qui est plus facile, c'est de mettre le patient à l'aise en ouvrant son gilet, en desserrant son cou et en écartant la foule amassée autour de lui.

S'il s'agit d'épileptiques qui ont des attaques à répétition ou qui tombent de leur lit pendant le sommeil, leur couchette sera capitonnée des quatre côtés, très basse, et tout sera modifié de façon à atténuer la gravité des chutes. Les tractions rythmées de la langue peuvent être d'un utile secours dans telle attaque donnée ; mais, **avant tout**, le **comitial veut être surveillé**, au cours de chacune de ses attaques.

B. ÉTAT DE MAL ÉPILEPTIQUE ; ATTAQUES SUBINTRANTES. — Dans le cas d'attaques rapprochées, multipliées ou subintrantes, comme lorsque, « un épileptique liquide son arriéré », dès la deuxième attaque, le malade doit être transporté dans son lit, à l'abri de toute excitation, déshabillé et surveillé. La gravité de l'état est en rapport avec le nombre des attaques et la mort peut survenir par épuisement, avec l'hyperthermie qu'on observe chez les animaux forcés à la course. Aussi, l'indication première est-elle dès l'abord de pourvoir à soutenir la résistance du sujet par l'**alimentation** : on s'ingéniera à faire accepter par l'estomac ou le rectum du lait, des œufs, des peptones.

et autres aliments du même genre, n'ayant recours à la sonde que si le malade refuse, et encore ne faisant le cathétérisme qu'après avoir anesthésié le pharynx, à la cocaïne par exemple.

De concert avec cette indication primordiale, marchera la médication sédative. Il faut coûte que coûte calmer ce système nerveux surexcité. C'est le **bromure** qu'on administrera à très hautes doses, auquel on adjoindra utilement le chloral. La voie rectale sera préférée.

Bromure de potassium .	5	grammes
Chloral..................	5	»
Eau	50	»

dans un verre de lait additionné d'un jaune d'œuf ;
ces lavements de chloral bromuré répétés, doublés s'ils sont rejetés rapidement, auront souvent des résultats heureux, surtout si l'on fait en outre quelques injections de morphine.

Lorsque les attaques deviennent moins rapprochées, quelques précautions sont à prendre : les attaques pourraient être déchaînées à nouveau par la moindre excitation sensorielle, comme dans le tétanos ; aussi le **calme absolu ambiant** s'impose-t-il, en même temps que les sédatifs sont continués quelques jours encore.

Comme des impulsions dangereuses pour le malade et pour son entourage peuvent surgir, la **contention** par la camisole de force est une ultime ressource, à laquelle il ne convient d'avoir recours qu'à la condition d'exercer une surveillance attentive auprès de l'épileptique ainsi maintenu.

Les **bains prolongés** pendant deux et trois heures sont aussi de mise.

L'**internement** doit être discuté à la suite d'un paroxysme semblable, car il peut se reproduire, et les actes de violence ou les tentatives de suicide sont à craindre.

C. INTERVALLE DES ATTAQUES. — *I. TRAITEMENT PRÉVENTIF CAUSAL.* — L'éclampsie proprement dite, les attaques épileptiformes de l'urémique, du paralytique général ou de l'alcoolique, qu'elles soient isolées ou groupées, outre le traitement de l'attaque, appellent ultérieurement une thérapeutique préventive, qui ressortit aux indications pathogéniques spéciales à ces causes. Aussi nous n'insistons pas sur la saignée, la révulsion, la désintoxication qui conviennent dans ces cas.

Mais le traitement étiologique de l'épilepsie ou des retours des attaques s'applique à toutes les épilepsies. Il ne faut négliger chez l'épileptique aucune des altérations morbides qu'a fait constater l'examen et l'interrogatoire : l'uricémie, la glycosurie, le diabète exigent qu'on institue une thérapeutique appropriée. Ces dyscrasies une fois améliorées, le système nerveux central sera moins susceptible vis-à-vis des causes occasionnelles.

α) Chez l'épileptique artério-scléreux, les modifications circulatoires qui surviennent par brusques oscillations dans le domaine cérébral commandent l'**iodure de potassium** de façon à peu près permanente.

β) Chez le dyspeptique, le dilaté avec stase, chez le constipé habituel l'auto-intoxication toujours imminente sous sa forme aiguë, sera prévenue, surveillée par le régime alimentaire sévère, par l'**antisepsie intestinale**, à l'aide de purgatifs, du salol, du naphtol, etc.

γ) Chez les hémorrhoïdaires et les pléthoriques de la terminologie ancienne, la **saignée** locale ou générale ne devra pas être ignorée ou repoussée.

Chez tous ces malades l'épilepsie ne se trouve pas avoir nécessairement et uniquement sa seule raison d'être ; elle y rencontre surtout l'occasion de se manifester par attaque ; c'est pourquoi, traiter ces états morbides c'est tenir la soupape de sûreté en main.

δ) S'il se trouvait un épileptique non pas paludéen, mais dont l'épilepsie eut des rapports certains avec le paludisme, le **sulfate de quinine** ferait merveille.

ε) Le traitement antisyphilitique ne serait pas moins efficace chez l'épileptique parvenu à la période secondaire sans lésions cérébrales par conséquent, ou en plein tertiarisme ; des altérations localisées du cerveau sont très capables de donner des épilepsies généralisées ; l'intervention devrait être alors très énergique par les frictions mercurielles ou les injections d'**huile grise**, comme pour toutes les grandes manifestations de l'infection spécifique.

ζ) Quant un traumatisme crânien, dépressions, enfoncements, hémorrhagie méningée, est relevé à l'origine des attaques d'épilepsie, même quand la simple commotion cérébrale est incriminée, on se souviendra que le chirurgien peut, en supprimant une épine irritative, guérir la maladie qu'elle déterminait ; l'épilepsie jacksonienne est cependant plus fréquemment observée dans ce cas.

η) Contre les épilepsies par congestion cérébrale, il ne faut tenter la **sympathectomie** que dans le cas d'accidents d'une réelle gravité, et en désespoir de cause en quelque sorte. On ne doit pas ignorer qu'on risque d'aggraver encore la situation du patient. Beaucoup plus simple et parfois efficace est le moyen qui, pour le même but, consiste à appliquer, trois fois par semaine, des **pointes de feu** sur la région du crâne qui recouvre les centres moteurs, siège de la décharge.

β) Si, enfin, l'helminthiase intestinale peut être mise en cause, et on n'oubliera pas chez l'enfant de s'occuper de cette étiologie avant toute autre, les **anthelminthiques** prendront la valeur d'une médication pathogénique et seront suivis de résultats excellents.

II. TRAITEMENT DE L'EXCITABILITÉ EXAGÉRÉE DU CERVEAU. — Exercer une action sédative permanente sur des centres nerveux en état d'hyperexcitabilité est, à proprement parler, le véritable traitement général de l'épilepsie.

Bromures. — Parmi tous les médicaments utilisés dans ce but, les bromures sont les meilleurs ; et parmi les bromures, le bromure de potassium tient le premier rang.

Bromure de potassium. — Le bromure de potassium doit être introduit dans l'économie par la voie stomacale ; il doit être parfaitement exempt d'impuretés ; enfin il faut l'administrer d'une manière continue. Féré enseigne que le bromure doit être pris à doses uniformes et aussi régulièrement espacées que possible. C'est en effet du fait de la saturation permanente de l'économie par le bromure que les attaques sont suspendues. Aussi, Voisin disait-il que « ce » médicament doit rester un aliment pour le malade. »

Pour commencer on donnera le bromure de potassium à la dose moyenne de quatre grammes, qui seront ingérés un peu avant les repas. De la solution suivante :

Bromure de potassium. . . .	30 gr.
Hydrolat de tilleul	480 gr.

si les accès sont diurnes, le malade prendra deux cuillerées à soupe un peu avant le repas de midi et deux cuillerées avant celui du soir, en tout 4 gr. de bromure dans la journée ; et s'ils sont nocturnes, une cuillerée à midi, les trois autres le soir, chaque dose diluée dans de l'eau alcaline (Vals, Vichy) ou gazeuse. A raison d'un gramme de plus, chaque semaine ou chaque quinzaine, suivant les sujets et l'intensité de leurs attaques, on portera à 8 gr. et 10 gr. les doses quotidiennes, jusqu'à suppression des crises, ou jusqu'à leur sédation très accentuée.

Il est toujours indispensable de saturer le malade ; cette saturation existe quand est obtenue la suppression du réflexe pharyngien ; mais même alors, les attaques peuvent rester fréquentes ; et la **dose de dix grammes ne peut être dépassée sans accident** pour un adulte, de cinq grammes pour les enfants au-dessous de cinq ans.

Les doses moyennes sont au reste les suivantes : en-dessous d'un an, la dose est d'un demi-gramme par jour ; après un an, un gramme, dilué et en plusieurs fois ; de 4 à 5 ans, on donnera deux à quatre grammes ; à dix et quinze ans, les doses sont celles de l'adulte.

Une fois la dose suffisante trouvée, on s'y tiendra sans défaillance. L'état de grossesse d'une épileptique n'impose pas la suppression du bromure ; c'est au contraire une raison nouvelle pour persister dans l'emploi du médicament ; car si on le suspendait, la malade, après une période de calme, aurait à liquider son arriéré, et parfois de la manière la plus fâcheuse.

Autres bromures. — Il ne convient que rarement d'employer les bromures autres que le bromure de potassium. Cependant, de tous, le **bromure de strontium** est le plus recommandable, sans avoir la valeur du précédent, parce qu'il est le mieux toléré par l'estomac. Si dans le but d'éviter la satiété, on croit devoir se servir de bromures de sodium et d'ammonium, qui sont loin de donner les effets thérapeutiques indéniables du bromure de potassium, on les associe à ce dernier, de la façon suivante par exemple :

Bromure de potassium.......	30 gr.
Bromure de strontium........	} àà 15 gr.
Bromure de sodium...........	
Eau distillée bouillie	500 gr.

une cuillère à café contient deux grammes de bromure

La **bromipine**, combinaison organique de brome et d'huile de sésame, en molécule organique par conséquent analogue à ce qu'est le cacodylate par rapport à l'arsenic, entrée depuis peu dans la thérapeutique sous de favorables auspices, se donne, en capsules aux doses de 15 à 30 grammes par jour, avec les mêmes bons effets que le bromure.

Bromisme. — Malgré toutes les précautions imaginées, même en supprimant le sel marin de l'alimentation dans le but de retarder les accidents d'intoxication, le bromisme finit tôt ou tard par se montrer. La forme aiguë, c'est-à-dire l'ivresse, la stupeur, ne se voient que rarement. Mais le bromisme chronique, constitué par de la pâleur, l'amaigrissement, l'hébétude, la digestion mauvaise, la fétidité de l'haleine, un peu de fièvre concomitante, du catarrhe bronchique, des manifestations cutanées, l'acné en tête, est au contraire fréquent.

Entretenir la diurèse, est le grand moyen de prévenir cette intoxication ; pour ce, le lait et les boissons abondantes sont de rigueur chez l'épileptique en traitement Quelques purgatifs sont aussi chez eux nécessaires : l'administration intermittente, mais fréquente, de salicylate de bismuth ou de benzonaphtol ne sera pas négligée, non plus qu'une minutieuse propreté de la peau : bains savonneux et antiseptiques, bains tièdes, non plus que l'antisepsie buccale pour éviter la carie dentaire et la fétidité de l'haleine.

Variantes de la bromuration. — Une variante du traitement par le bromure, non recommandable du reste, est le traitement dit de Flechsig, qui consiste à supprimer le bromure pendant un temps pour le remplacer par l'opium. Ce dernier est donné à doses croissantes jusqu'à un gramme et plus pendant quarante jours ; puis on revient au bromure à la dose de huit grammes pendant soixante jours, et on descend ensuite à deux grammes.

Succédanés des bromures. — Les succédanés des bromures sont légion. Aux petits épileptiques, ceux qui ont surtout des vertiges et des absences, convient mieux la **belladone**, dont on donne, pour commencer, quatre centigrammes d'extrait en pilules, et dont un peu à la fois, on augmente les doses jusqu'à atteindre dix centigrammes, sans nul accident du reste ; sous cette influence, non seulement les accès diminuent de nombre, mais l'intelligence s'améliore et l'abrutissement s'efface.

L'**oxyde de zinc** est parmi les moins délaissés. Si on y a recours, six centigrammes au début, pour atteindre un gramme et plus seront les doses de début et maxima.

Le **borax** n'est pas moins déprécié ; dangereux pour le rein qui n'est pas indemne de toute lésion, il sera repoussé comme d'effet nul.

Du reste, **on se gardera de toutes les nouveautés**. La vérité et la sécurité sont qu'il faut en rester au bromure de potassium. Avec une hygiène générale, très surveillée à tous les points de vue et qui ne s'écartera pas de celles qu'on prescrit à tous les malades du système nerveux, on réussira le plus souvent.

D. HYGIÈNE DE L'ÉPILEPTIQUE. — Variable dans le détail avec chaque cas, l'hygiène de l'épilepsie réside cependant dans les quelques points suivants : Vie active au grand air, travaux agricoles principalement. Pas de surmenage physique, psychique, sensoriel. Interdiction rigoureuse de tout excitant : boissons alcooliques, café, thé, tabac. Pas d'excès vénériens. Pas d'excès de table, pas de cuisine savante. Liberté du ventre.

Pour tous, les professions qui obligent à monter sur des lieux élevés, celles de peintre en bâtiments, de couvreur par exemple, qui forcent à vivre au milieu de machines en mouvement, seront défendues.

La question du mariage des épileptiques est importante à résoudre. En thèse générale, il faut le déconseiller, car les conséquences peuvent pour tous les intéressés, mari, femme et enfants, en être désastreuses.

II. Epilepsie jacksonienne

INFORMATIONS CLINIQUES. — Un homme traumatisé du crâne depuis un temps plus ou moins long, un ancien syphilitique porteur ou non de paralysies permanentes ou de douleurs persistantes dans le domaine d'un nerf ou d'un plexus, présente à intervalles plus ou moins rapprochés soit une trémulation musculaire dans une région très circonscrite, soit une douleur térébrante toujours située en un point constant, ou bien accuse une odeur de soufre subite, ou se plaint d'un état d'esprit indéfinissable. Peu après cette aura, le sujet perd connaissance et l'attaque d'épilepsie se déroule. Ou bien au contraire, conscient et présent, il assiste à son attaque, qui se présente toujours la même et dans le même ordre : débutant dans un groupe musculaire limité, l'enraidissement auquel font suite les secousses gagne les groupes voisins et affecte un type facial, brachial ou crural, hémiplégique, paraplégique, monoplégique, suivant la localisation primordiale du spasme entraînant parfois la morsure de la langue, l'émission involontaire des urines. Une fois l'attaque terminée, qu'elle ait été consciente ou inconsciente, la paralysie ou les douleurs primitives sont aggravées.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — « L'épilepsie » jacksonienne semble reconnaître pour cause prochaine et » exclusive l'irritation de la substance grise corticale de la » zone motrice » (Brissaud). Et le signal-symptôme, c'est-à-dire le groupe musculaire où débute l'excitation, indique la région précise où le cortex est irrité, si l'on se reporte à la localisation cérébrale correspondante. Cette opinion et la loi qui la renforce sont loin toutefois d'avoir une valeur absolue : néanmoins, Pitres et d'autres avec lui croient que, en plus des tumeurs et des lésions irritatives localisées de la substance cérébrale, les intoxications et les excitations périphériques réflexes sont susceptibles d'engendrer cette épilepsie.

Ces épilepsies partielles relevant d'empoisonnements divers, dépendant d'une cicatrice vicieuse cutanée, d'une inflammation chronique des oreilles ou des fosses nasales, etc., appellent d'ordinaire un traitement chirurgical, variable avec les causes occasionnelles, en même temps que, comme pour le mal comitial vulgaire, on vise l'excitabilité cérébrale.

Mais pour l'épilepsie jacksonienne, créée, entretenue par les corps étrangers du cerveau, les petits projectiles, les esquilles, les tumeurs, les exostoses, les hématomes, les collections purulentes, les plaques de sclérose, les gommes, les kystes parasitaires, les inflammations chroniques, dont l'indication capitale, unique même est de chercher à atteindre directement l'élément causal par les moyens chirurgicaux et médicaux, on négligera de remplir ou on ne remplira qu'accidentellement celle qui consiste à affaiblir les réactions cérébrales.

TRAITEMENT. — La thérapeutique de l'épilepsie jacksonienne s'adresse à l'attaque et intervient aussi dans l'intervalle des attaques.

PENDANT L'ATTAQUE. — Avec plus de chance de succès que dans l'épilepsie vulgaire, on pourra essayer d'enrayer l'attaque par la compression du membre au-dessus de l'aura ; chaque malade utilise du reste son petit moyen (compression manuelle, ressorts, nœuds coulants, bracelets, etc.), que l'expérience lui a suscité et montré efficace pour empêcher, retarder la généralisation, diminuer la propagation.

ÉTAT DE MAL. — Si l'état de mal s'établit, on agira comme dans l'état de mal des grands comitiaux, c'est-à dire qu'on aura recours au **chloral** à hautes doses, et à tous les **antispasmodiques**.

DANS L'INTERVALLE DES ATTAQUES. — Le vrai traitement de l'épilepsie a lieu en ce moment.

Traitement d'épreuve. — Comme avant toute intervention, et par acquit de conscience, il faut songer à la syphilis, même si elle paraît improbable, c'est le traitement antisyphilitique qu'on instituera dès l'abord dans presque tous les cas ; les résultats, pour inattendus qu'ils soient, peuvent être considérables. On serait mal venu à refuser au malade le bénéfice d'une thérapeutique souvent merveilleuse, puisqu'en cas d'erreur sur la nature du mal, le mercure et l'iodure ne peuvent être nuisibles au sujet. Si au bout d'un mois, ni les attaques, ni le signal-symptôme ne sont améliorés, on doit suspendre, pour n'y plus revenir, cette thérapeutique d'épreuve.

Même si l'intervention chirurgicale est résolue pour supprimer une épine irritative corticale, de quelque nature

qu'on l'ait diagnostiquée ou soupçonnée, il faut tenter la méthode renouvelée des anciens, du **vésicatoire** appliqué au-dessus du siège de l'aura. Quand le signal-symptôme se produit aux membres supérieurs ou inférieurs, on devra placer autour du bras ou de la jambe un vésicatoire de quatre centimètres de hauteur. Quand la cicatrisation en sera complète, deuxième vésicatoire au-dessus du premier, puis d'autres encore, si c'est nécessaire. Pitres déclare que fréquemment ainsi, les accès deviennent rapidement plus légers et plus rares. La facilité de cette méthode permet de l'essayer dans toutes les circonstances.

On ne s'attardera pas à bromurer son malade : **les bromures sont rarement efficaces** dans cette forme jacksonienne de l'épilepsie.

Trépanation. — Des très nombreux cas rebelles à tout traitement médicamenteux, plus d'un est justiciable d'une intervention chirurgicale, d'une trépanation exploratrice. Avant que de la faire, étant donné que l'opération est grave par elle-même, et peut être suivie d'une aggravation permanente, on se souviendra qu'il n'y a pas lieu de la conseiller « dans les cas d'épilepsie partielle à accès rares, même si le traitement médical est complètement inefficace » (Pitres).

En revanche, si la répétition des crises menace les jours du malade, si les convulsions sont associées à de la cephalée, à de la névrite optique, à des paralysies, bref **s'il existe des signes d'une tumeur cérébrale progressive dans son évolution, il faut opérer**. Neuf fois sur dix, il est vrai, l'intervention sera inutile, car les tumeurs intra-crâniennes ne sont pas souvent opérables, mais la trépanation simple, exploratrice, semble diminuer la tension intra-crânienne et amende sans nul doute les crises assez souvent.

La trépanation une fois faite, suivant les méthodes classiques, le chirurgien s'il se trouve en présence d'une tumeur énucléable, d'un kyste, etc., s'efforcera d'en pratiquer l'ablation aussi complète que possible. S'il ne rencontre qu'une écorce d'apparence saine, il devra s'arrêter et attendre les résultats de cette trépanation exploratrice ou bien, comme le proposent quelques-uns, il excisera la région corticale répondant au signal-symptôme.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Bébé élevé dans une Couveuse

Le Tribunal de la Seine vient, après plaidoieries de Me Droz et de Me Pierre, de statuer sur une affaire de bébé élevé dans une couveuse pendant vingt-cinq jours.

Mlle de Laropte avait épousé, il y a quelques années, M. Leseurs. La jeune fille apportait en dot 50.000 francs. Le 1er janvier 1901, Mme Leseurs est morte en donnant le jour à un bébé qui n'était conçu que depuis six mois et demi.

Le bébé a vécu vingt-cinq jours dans une couveuse et est mort le 25 janvier.

Une question s'est alors posée. Le bébé était il né viable?

Si le bébé était non viable, M. de Laporte peut exercer son droit de retour sur les 50.000 francs qu'il a donnés en dot à sa fille. Si le bébé était né viable, il a hérité de sa mère et sa succession se partage en deux moitiés dont l'une appartient à M. Leseurs, représentant la branche paternelle, et l'autre à M. de Laporte, représentant la branche maternelle.

Le tribunal a, dans son jugement, autorisé M. de Laporte à prouver par témoins :

1° Que l'enfant est né après une gestation de six mois et demi ;

2° Qu'il pesait, lors de la naissance, un kilogramme deux cents grammes et que le poids est allé toujours en déclinant ;

3° Qu'il n'avait ni les ongles formés, ni la double enveloppe de la peau.

Il ne paraît pas hardi de supposer qu'au cas où M. de Laporte établirait catégoriquement la preuve des faits ci-dessus, M. de Laporte gagnerait son procès.

Ajoutons que c'est la première fois que la question se présente de savoir si un enfant qui a vécu vint cinq jours sans infirmités, sans vice constitutionnel autre que l'extrême faiblesse, peut être déclaré non viable.

Le tribunal ordonne, en outre, d'office, une expertise dont sont chargés MM. les docteurs Budin, Hirtz et Vibert.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Il faut se défier des médicaments anciens et les rejeter

Ce conseil n'a rien qui puisse déplaire aux pharmaciens et il a plus d'importance qu'on ne serait tenté de le croire tout d'abord. Nous pourrions citer effectivement quelques cas où l'administration d'un vieux médicament a occasionné la mort. Il est clair que certains remèdes sont d'une fixité absolue et qu'ils ne se modifient pas à la longue ; mais il en est qui se transforment, perdent ou gagnent en énergie et les doses thérapeutiques peuvent devenir des doses toxiques. Nous faisons surtout allusion aux médicaments qui ont pour véhicules des teintures alcooliques avec de l'alcool soit à 60 degrés ou 90 degrés de concentration. En général, les teintures simples représentent le cinquième de leur poids de la substance active. Cependant, il a exception pour la teinture d'iode (1 1/2), la teinture d'opium (1 1/2), l'alcool de camphre (1/9), etc. Ces proportions sont justes au moment de la préparation, mais elles ne le sont plus au bout d'un certain temps.

On sait bien que l'alcool est un liquide très volatil, en sorte

que si le flacon est bouché avec un liège, l'évaporation, quoique très lente, s'effectue à la longue et, au lieu d'avoir, par exemple, 1 de matière active pour 5 d'alcool, on peut bien n'avoir que 1 de matière active pour 1 d'alcool. Ce qui revient à dire que l'usage du médicament a quintuplé. En croyant prendre, par exemple, 12 gouttes de laudanum normal, on se trouve en absorber cinq fois plus, soit 60 gouttes. Et les accidents surviennent inévitablement et l'expérience prouve qu'ils peuvent même être mortels. Le cas est rare, mais enfin il existe. Une intoxication qui a failli amener la mort d'un malade est encore revenu tout récemment. Nous avons cité le laudanum, c'est-à-dire une teinture alcoolique d'opium. Mais il y en a bien d'autres : alcoolatures d'essences énergiques, alcoolés d'aconit de belladone, de bryone, de ciguë, de colchique, de digitale, de jusquiame, de tabac, de seigle ergoté, etc., tous principes actifs souvent puissants. On s'en sert par gouttes, et, un beau jour, l'activité des gouttes est triplée, quadruplée, etc. Et les conséquences se devinent.

Comme tout le monde n'est pas en état de savoir si un médicament peut devenir dangereux en vieillissant, le mieux est de condamner systématiquement tous les remèdes et briser toutes les fioles pharmaceutiques qui sont restées dans quelque coin d'armoire pendant plusieurs mois. Bref, il sera bon de rappeler qu'un certain nombre de médicaments s'améliorent, comme le vin, en vieillissant et deviennent beaucoup trop énergiques. Ils pèchent par l'abus de leurs qualités et un médicament trop concentré devient un véritable poison ; au lieu de faire du bien, il peut vous envoyer dans l'autre monde. C'est arrivé.

(*Journal de médecine*).

Le papier naturel

L'industrie n'a cessé de scruter anxieusement autour d'elle ce qui pourrait bien être transformé en papier. Un novateur a même préconisé pour cette destination le crottin de cheval. Cet audacieux, nommé IOBARD, n'était pas un homme vulgaire ; il est mort directeur du Conservatoire des Arts et Métiers de Bruxelles. Il estimait que la paille et le foin avaient déjà subi une première trituration sous la dent et dans l'estomac des chevaux. « Le crottin, disait-il, est en grande abondance ; on peut obtenir de chaque cheval un kilo de papier par jour ; une seule caserne de cavalerie suffirait à la consommation du ministère de la guerre. Il est étonnant que l'on n'ait pas songé plutôt à cette matière première ; en effet, ce sont les choses qui vous crèvent les yeux que l'on aperçoit le plus difficilement. » Je ne pense pas que personne ait exploité l'idée de M. IOBARD, mais en 1864 une usine située aux portes de Paris et disposant de deux machines, fabriquait du carton et du papier avec le fumier des écuries impériales. Il est vrai que la litière des chevaux de Napoléon III était changée assez souvent pour que le papier qui la travaillait en pût tirer des marchandises estimables ; je me suis laissé dire que certains « bulles » en paille demi-blanchie, qui sortaient de ces ateliers, étaient appréciés pour envelopper la pâtisserie. La lessive et le chlore purifient tout.

Le fumier de cheval n'est pas le seul qui ait tenté les esprits originaux ; une gazette étrangère mentionnait récemment un projet de papier dont l'élément principal serait le fumier d'éléphant, lequel se compose uniquement, quand il a été lavé par la pluie, de courtes fibres mal digérées d'un bambou croissant dans le terreau des forêts vierges. L'éléphant serait ainsi producteur, lessiveur et broyeur de pâte. Il constituerait un appareil automatique, se vidant et se remplissant tout seul, mobile et susceptible de s'installer partout, solide, car l'animal vit très vieux, pas cher, parce qu'il se vend presque pour rien avant d'avoir été dressé.

Depuis un demi-siècle, sur la surface du globe, la production du papier a décuplé. Elle était de 221 millions de kilos en 1850 ; elle est de 2 milliards 260 millions de kilos en 1895, soit 6 millions 200.000 kilos par jour !

(*Le Mécanisme de la vie moderne*). — D'AVENEL.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

SOUTENANCE DE THÈSE

M. E. DECKMYN, de Dunkerque (Nord) a soutenu, avec succès, le lundi 5 mai, sa thèse de doctorat (6e série, n° 78), intitulée : **Les plaies du diaphragme à gauche**.

Notre Carnet

Le docteur C. VALLÉE, professeur agrégé à la Faculté de médecine, nous fait part de la naissance de sa fille MARIE-ELISABETH. Nous lui adressons nos bien vives félicitations et formons les meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Amiens. — M. le docteur PAUCHET est nommé chef des travaux de médecine opératoire à l'École de médecine.

Poitiers. — M. le docteur POUCHY, est institué suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale.

Reims. — M. le docteur HENROT, professeur de clinique médicale, est nommé directeur de l'École pour trois ans à dater du 27 avril 1902.

HOPITAUX & HOSPICES

Lyon. — Mme RAMBAUD, veuve d'un ancien professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Lyon, a institué les Hospices civils légataires universels de sa fortune, à charge par ceux-ci d'affecter 200.000 francs à la construction d'une chapelle au Perron.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs FILHOL, membre de l'Académie de

médecine ; MOLLARD, de Fontaines-sur-Saône (Rhône) ; DEVOISINS, de Breteuil (Eure) ; RENSON, de Monthermé (Ardennes).

Le docteur MAES, d'Allouagne (Pas-de-Calais), élève et lauréat de notre Faculté, installé depuis quelques mois à peine, vient de succomber à une pleurésie purulente. Nous adressons à sa famille l'expression émue de nos sentiments de condoléance.

BIBLIOGRAPHIE

Les Oxydations de l'organisme, par E. ENRIQUEZ, médecin des hôpitaux de Paris, et J.-A SICARD, chef de clinique à la Faculté de médecine (*Actualités médicales*). 1 vol. in-16 de 90 pages, cartonné : 1 fr. 50. Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

L'étude des ferments solubles, bien qu'abordée il y a déjà un demi-siècle, est restée longtemps stationnaire, alors que celle des ferments organisés, des microbes, a subi sous l'influence de PASTEUR l'essor que l'on connait. Mais, par un de ces retours dont l'histoire scientifique offre plus d'un exemple, ces recherches sur le mécanisme pathogénique des agents microbiens, en nous faisant connaître les toxines et leurs propriétés, nous ont montré les analogies remarquables qui existaient entre les produits de sécrétions microbiennes et les diastases, et de ce fait, les biologistes ont été ramenés de nouveau à l'étude attentive des ferments solubles.

D'autre part, les travaux réalisés par METCHNIKOFF et ses élèves sur les cytotoxines ont ouvert aux médecins une voie nouvelle qui permet de concevoir les plus belles espérances dans le domaine thérapeutique. De plus en plus l'orientation scientifique est dirigée vers l'étude des sécrétions cellulaires et des ferments solubles.

Parmi ces ferments solubles, il est un groupe, de découverte toute récente, dont l'importance est majeure : ce sont les ferments oxydants, ou oxydases.

Et le grand intérêt qui s'attache à rechercher la part de ces oxydases dans les phénomènes complexes de la vie normale de la cellule, autorise également à penser qu'un grand nombre d'états pathologiques, répondent eux aussi à des modifications ou à des perversions de ces ferments oxydants. On comprend dans ces conditions combien leur connaissance importe au médecin. C'est donc faire œuvre d'actualité médicale au premier chef que de réunir les connaissances acquises à ce sujet comme le font avec l'autorité que leur donne leurs nombreuses recherches personnelles MM. ENRIQUEZ et SICARD.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

18e SEMAINE DU 27 AVRIL AU 3 MAI 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	5
3 mois à un an	6	4
1 an à 2 ans	1	4
2 à 5 ans	2	7
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	»	3
20 à 40 ans	8	7
40 à 60 ans	9	11
60 à 80 ans	12	18
80 ans et au-dessus	1	5
Total	44	65

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS — Répartition des décès par quartier

Causes	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
Variole	»	7	1	4	»	»	1	»	»	»	»	13
Rougeole	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	1	1	»	»	1	»	1	»	»	»	4
Autres	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	3
Apoplexie cérébrale	1	1	»	1	1	2	»	1	»	»	»	7
Bronchite et pneumonie	1	»	»	2	2	1	1	»	»	»	»	7
Maladies organiques du cœur	2	2	»	1	»	1	»	»	»	»	»	6
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	»	»	2	3	»	1	»	»	1	»	»	7
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire	2	1	5	2	»	»	»	»	2	»	»	12
Méningite tuberculeuse	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	3
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	2
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	3	9	4	8	2	5	1	5	4	»	3	44
TOTAL des DÉCÈS	10	21	13	23	5	13	3	7	11	»	3	109
NAISSANCES par Quartier	8	10	18	27	13	7	2	4	12	1	6	108

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc.

Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 279. Sixième Année. N° 20 Le Numéro : 10 centimes. 18 Mai 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Scarlatine maligne et sinusites de la face au cours de la scarlatine

Par le docteur **Trouchaud**, de Lille

Dans l'histoire clinique de la scarlatine, les auteurs ont relevé toute une série de modalités morbides dont quelques-unes sont groupées sous le nom de « scarlatines malignes ». La malignité est attribuée à des causes très diverses :

Virulence toute particulière de l'agent infectieux, terrain sur lequel évolue la maladie, associations microbiennes ; toutes ces raisons sont invoquées tour à tour pour expliquer l'apparition de phénomènes infectieux anormaux.

Je crois que, dans le diagnostic étiologique d'une forme anormale de la maladie, il faut introduire ou plutôt ne pas négliger un facteur important : l'état des sinus de la face parallèlement à celui des oreilles et des cavités annexes. Il ne faut pas oublier, que la scarlatine est, d'abord et avant tout, une angine infectieuse, dont l'infection se propage très souvent à la muqueuse nasale. Elle peut envahir la cavité des sinus de la face, de même qu'elle peut infecter la trompe et l'oreille.

Nous avons eu l'occasion d'observer un fait très intéressant de sinusites multiples au cours d'une scarlatine.

Le sujet fut atteint, dès la seconde semaine, de rhinite purulente intense, qui se compliqua de pansinusite unilatérale, otite bilatérale, et mastoïdite unilatérale. Nous avons opposé à toutes ces complications le traitement chirurgical, et nous avons eu la bonne fortune de guérir notre malade.

Les phénomènes observés au cours de ces diverses complications, nous ont rappelé certains cas de scarlatine maligne. Il est bien certain que, en dehors de cette notion étiologique, notre diagnostic se serait infailliblement égaré sur une de ces formes de malignité, contre lesquelles nous ne faisons rien, parce que nous ne pouvons rien, ou à peu près.

Je crois donc devoir insister tout particulièrement sur l'existence, dans la scarlatine, de sinusites purulentes multiples justiciables du traitement chirurgical précoce.

OBSERVATION. — Jean S..., âgé de 12 ans, contracte la scarlatine en date du 25 Juin 1900. Le docteur GOREZ assiste à l'éclosion à grand fracas de l'affection. Température 40°2. Angine et éruption très marquées. La maladie évolue normalement pendant les jours suivants, toutefois le malade porte à la joue un élément

éruptif gangréneux de 2 millimètres 2 environ. L'antisepsie buccale, nasale, pharyngée, fut pratiquée avec soin, le malade fut soumis au régime lacté, les urines furent examinées et trouvées indemnes d'albumine. Le malade présenta bientôt une double adénopathie cervicale assez volumineuse. A la fin du second septenaire, mon confrère s'absenta, en me confiant le malade.

Je le trouvai porteur, à gauche, d'une adénopathie en voie de régression, à droite, d'une grosse adénite très douloureuse. La gorge était encore très rouge, il y avait de la rhinite purulente. Je prescrivis à la famille de continuer l'antisepsie de la gorge et du nez, telle qu'elle avait été pratiquée jusqu'alors, et je proposai l'ouverture de l'adénite. Le lendemain la température atteignait 39°, je vis le malade avec le docteur CARPENTIER, qui conseilla, conformément à ma manière de voir, l'ouverture immédiate du ganglion suppuré. L'ouverture fut pratiquée dans le point ramolli le plus déclive, elle provoqua l'issue d'une certaine quantité de pus, moins considérable que celle prévue. Un drainage fut établi.

Au moment où nous pratiquons cette petite intervention, le malade attira notre attention du côté de l'œil droit, dans lequel il disait éprouver des douleurs assez vives. La conjonctive était légèrement injectée, la vision était nette, les mouvements de l'œil s'effectuaient normalement. Les faits étaient insuffisants pour fixer notre diagnostic

Ce même jour, je revis le malade dans la soirée, il avait une température de 39°8. Il présentait un état délirant inquiétant, traversé par des cris de douleur, attribuables à l'évolution de la lésion orbitaire qui, le matin, nous avait surpris. Un œdème rouge, très marqué, avait envahi la paupière supérieure. La conjonctive oculaire était injectée. Je pensai à l'existence d'une sinusite évoluant du côté de l'orbite.

Le lendemain nous avons pratiqué, pour parfaire notre diagnostic, l'éclairage diaphanoscopique de la face. Cette épreuve fut positive, pour tout le côté droit, sinus maxillaire et sinus frontal étaient manifestement opaques. Le docteur SURMONT et le docteur JOUSSET furent consultés sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale, que je pratiquai séance tenante sous le chloroforme.

L'ouverture du sinus maxillaire fut pratiquée dans la fosse canine. Cette cavité contenait un liquide séro-purulent. Une contre-ouverture large fut pratiquée dans la fosse nasale et un drainage établi de la bouche dans le nez.

Les cellules ethmoïdales et le sinus frontal correspondant furent abordés par l'incision de GRÜNWALD. L'incision suivait la courbe du sourcil, dans sa moitié interne. Menée d'emblée jusqu'à l'os, elle permit de pratiquer très facilement la dénudation de la face interne de l'orbite, et celle de l'os frontal dans la région du sinus. Elle permit d'observer une destruction limitée de l'os planum. Cette ouverture spontanée des cellules ethmoïdales fut agrandie à la curette, et un drain introduit dans le nez par cette voie. Le sinus frontal fut alors largement ouvert, et trouvé rempli de pus. Le canal fronto-nasal fut désobstrué à la curette, et un nouveau drain introduit dans le nez. Je laissai subsister un pont de tissu osseux entre la brèche ethmoïdale et la brèche nasale, de façon à éviter la déformation qui accompagne toujours la mise à nu complète de la paroi postérieure du sinus frontal, et l'effondrement de la paroi qui sépare le sinus des cavités ethmoïdales. La plaie ne fut pas réunie, et un gros pansement humide boriqué enveloppa la tête du malade.

L'examen bactériologique du pus recueilli dans les sinus au cours de cette intervention, décela la présence du streptocoque. Le pus recueilli dans le nez nous donna du staphylocoque doré.

Nous avons recherché par la suite quelle était la raison anatomique de cette localisation aux sinus du seul côté droit, nous ne l'avons pas trouvée dans la conformation de la fosse nasale de ce côté, nous n'avons relevé aucun éperon, aucune déviation de la cloison. Nous exposerons plus loin notre manière d'expliquer ce fait.

A la suite de cette intervention, les phénomènes d'infection s'amendèrent. La température, qui atteignait 40°5 avant, tomba à 39° puis à 38°5 le lendemain. Le malade n'a pas éprouvé de douleurs aiguës. Le délire a cessé pour faire place à une dépression très marquée, il est somnolent, inconscient de ce qui se passe autour de lui. Nous enlevons le pansement, et nous trouvons notre plaie orbitaire et la plaie cervicale recouvertes de fausses membranes jaunâtres.

De grandes injections de sublimé furent faites dans les drains, le nez fut irrigué de la même façon, mais à l'eau boriquée, en poussant l'injection de gauche à droite. Ces lavages provoquaient l'issue de véritables paquets de pus et de fausses membranes. Toutes les plaies étaient largement badigeonnées à la teinture d'iode fraîchement préparée, le nez était pansé à l'huile mentholée. Trois pansements aussi complets que celui que nous venons de décrire, furent pratiqués quotidiennement.

En dépit de cette antisepsie soignée, la température ne tarda à se relever. Le malade n'accusait plus aucune douleur, mais peu à peu par des oscillations progressivement ascendantes, nous revénions à notre point de départ, 40°5 vers le milieu de la nuit, 38°8-39° le matin. Pendant la journée nous maintenions très difficilement la température à l'aide de lotions froides et de bains froids. Des escharres de décubitus apparaissaient au siège, aux coudes, aux trochanters, à la face interne des genoux. Au point de vue local nous en étions toujours réduits à constater une production étonnante de pus et de fausses membranes dans toutes les cavités drainées. La paupière supérieure du côté droit s'était débarrassée de son œdème, le malade n'accusait plus aucune douleur, mais nous commencions à désespérer quand même du résultat. Rien du côté des urines.

Pendant la semaine qui suivit, la situation toujours sérieuse au point de vue des réactions thermiques, s'était pourtant amendée, et, certains jours, nous notions 38°6 le matin.

Le 15 juillet, la température remonta aux environs de 40°, le soir elle était de 40°5, le malade accusait des

douleurs intolérables dans les oreilles des deux côtés. A l'examen otoscôpique, nous trouvons, du côté gauche, un tympan très rouge, très vascularisé; du côté droit, il présente un aspect framboisé, que nous attribuons à d'anciennes adhérences; la rougeur, la vascularisation sont identiques des deux côtés. Après cocaïnisation, nous avons pratiqué une large incision tympanique au lieu d'élection des deux côtés. Une certaine quantité de liquide séro-purulent s'écoula après l'ouverture. Le cathétérisme de la trompe, et l'insufflation d'air, provoqua, du côté gauche, l'issue d'une nouvelle quantité de pus; du côté droit, il ne donna même pas le bruit caractéristique du passage de l'air par une perforation. L'incision tympanique fut alors agrandie, le cathétérisme pratiqué à nouveau sans plus de résultat.

Le pansement habituel fut appliqué. Le malade passa la nuit dans un calme relatif, la détente nette ne se produisit pas, la température se maintint aux environs de 39°5.

Le 16 au matin, nous trouvons dans le pansement de l'oreille gauche une quantité assez considérable de pus, dans celui de l'oreille droite, à peu près rien.

La mastoïde de ce côté est très sensible à la pression au niveau de sa base, la température est toujours élevée. En présence de la nécessité d'intervenir de ce côté, nous prenons nos dispositions vis-à-vis de la famille pour opérer le lendemain et nous essayons toujours vainement le cathétérisme de la trompe. Le tympan présente toujours cet aspect framboisé déjà noté, il semble que la caisse soit divisée en une série de logettes purulentes, indépendantes les unes des autres, des adhérences anciennes paraissent être la cause de ce cloisonnement, l'amygdale tubaire enflammée augmentée de volume, paraît obstruer l'entrée de la trompe. Nous nous expliquons ainsi l'insuccès de notre cathétérisme. Du côté gauche, le cathétérisme produit l'effet habituel, l'issue d'une nouvelle quantité de pus.

Le 17, la situation s'est encore aggravée, la température atteint 40° et le malade accuse des douleurs horribles dans la mastoïde, nous intervenons.

Après anesthésie générale, et précautions habituelles d'asepsie et d'antisepsie, nous pratiquons :

1. — L'ouverture de l'antre suivant la technique habituelle, nous y trouvons du liquide séro-purulent.

2. — Nous enlevons toute la table externe de la mastoïde, et, au niveau de la pointe, nous trouvons une cellule remplie de pus très concret.

La plaie est laissée largement ouverte et drainée à la gaze, après désinfection au chlorure de zinc au 1/20.

Après cette intervention, nous avons obtenu une amélioration manifeste, la température est descendue à 38° avec oscillations vespérales à 39°. Huit jours plus tard, le malade retrouvait la température normale. Au point de vue local, nous devons insister tout particulièrement sur la quantité de pus et de fausses membranes trouvées dans toutes les cavités drainées sur toutes les parties opératoires. Le ganglion du cou, bien que largement ouvert, restait entouré d'une large zone de périadénite. Elle fut traitée par plusieurs contre-ouvertures. Nous avons été astreints, pendant 15 jours, à pratiquer souvent trois pansements, nous n'avons jamais pu nous dispenser d'en pratiquer au moins deux. Bien que la surface des plaies opératoires était à chaque pansement badigeonnée à la teinture d'iode, les fausses membranes se reproduisaient avec une ténacité et une abondance étonnantes. Le streptocoque fut trouvé dans ces membranes.

La guérison complète s'est effectuée en un mois, et le résultat éloigné, que nous avons pu apprécier ces temps derniers est le suivant.

1. — L'ouverture fronto-ethmoïdale par le procédé de Grunwald, légèrement modifié, par conservation d'un pont de tissu osseux, entre le massif ethmoïdal et le sinus frontal ne détermine aucune déformation de l'arcade sourcilière. La cicatrice est masquée par le sourcil. Le malade n'a nullement souffert de cette intervention, ni dans son appareil moteur oculaire, ni dans son appareil lacrymal.

2. — Au point de vue de l'ouïe, l'audition est normale du côté droit, c'est-à-dire au côté évidé. Du côté gauche, il y a une légère diminution de l'acuité auditive. La suppuration est complètement tarie des deux côtés.

Ce jeune homme a gardé, comme stigmate de cette maladie, de larges vergetures transversales au niveau de la face antérieure des deux cuisses.

Aucune des sinusites n'a évolué dans le sens de la chronicité, il est bien et définitivement guéri.

Pour résumer cette observation, et pour en tirer une conclusion, voici quelle fut la filiation des faits :

A la fin du second septenaire, en dépit de l'antisepsie nasale, pratiquée à l'aide du menthol, le malade a fait de la rhinite purulente, et, simultanément, une double adénopathie cervicale. Au moment où nous le voyons l'adénite gauche est en voie de régression, l'adénite droite en voie de suppuration. En raison des douleurs qu'il éprouve de ce côté le malade se tient la tête inclinée à droite quand il est debout et se courbe sur son côté droit. Il en résulte une stagnation de pus dans les sinus de ce même côté. Comme le malade est atteint de rhinite à fausses membranes, l'ouverture des sinus dans le nez se trouve bientôt obstruée, et les phénomènes de rétention se produisent. Le soir même du jour où le ganglion suppuré fut incisé, le pus qui s'était accumulé dans les cellules ethmoïdales faisait irruption dans l'orbite, après destruction de la mince paroi de l'os planum. Le diagnostic de rétention de pus dans tous les autres sinus devenait alors d'une probabilité telle, que l'examen diaphanoscopique devenait une superfluité. Il est de notion courante, en effet, que les sinusites, à point de départ nasal, sont presque toujours multiples. Il fut pratiqué quand même et donna un résultat positif pour le côté droit. L'intervention fut donc

pratiquée aussi complètement que possible, par le procédé indiqué par la marche du pus vers l'orbite, c'est-à-dire par le procédé de GRÜNWALD. L'ouverture du sinus maxillaire fut faite suivant le procédé de LUC, ouverture et large résection osseuse dans la fosse canine, et contre-ouverture large dans le nez. Nous nous sommes abstenu de réunir la plaie buccale, comme le préconise cet auteur, un gros drain fut passé de la bouche dans le nez, et il nous a permis de pratiquer les larges irrigations qui s'imposèrent par la suite.

J'ai été surpris de noter, dans une thèse encore récente, la rareté des sinusites au cours de la rhinite purulente et pseudo-membraneuse des scarlatineux. CHAUSSERIE-LAPRÉE (Th. de Paris) relève 40 cas de rhinite purulente ou pseudo-membraneuse, sur 1,500 scarlatineux traités à l'Hôpital temporaire d'Aubervilliers. Sur ces 40 cas, il signale 19 morts d'infection ou de broncho-pneumonie, soit une mortalité de 47,5 %, soit environ un cas de mort sur deux. Il signale la fréquence de la propagation de l'infection aux cavités annexes en relation avec les fosses nasales, il n'a pourtant jamais observé de sinusites frontale ou maxillaire. J'avoue que je saisis mal cette distinction, entre une sinusite et une infection des cavités annexes du nez. Je crois que CHAUSSERIE-LAPRÉE entend par là établir une distinction entre un sinus simplement infecté, mais ouvert, et un sinus infecté, mais fermé, et que jamais il n'a eu l'occasion d'observer, comme nous, les signes manifestes d'une sinusite fermée, dont le pus tend à se créer une issue à travers la paroi. Je me demande si, dans les 50 % des rhinites purulentes scarlatineuses qui aboutissent à la mort, la cause de l'infection générale ne réside pas dans le drainage insuffisant ou nul des sinusites abandonnées à leur évolution naturelle Je crois que, en pratique, il sera prudent de suivre ces malades de très près, d'examiner quotidiennement l'état de réplétion ou de vacuité de leurs sinus, à l'éclairage diaphanoscopique, qui, parallèlement à la température, permettra d'établir l'indication opératoire. Il ne faut pas attendre, pour opérer, le signe qui crève les yeux, l'ouverture spontanée dans l'orbite ou ailleurs, pour se décider à pratiquer ces interventions aujourd'hui bien réglées, et d'une exécution facile.

Que faut-il penser des complications otitiques observées dans notre cas ? Cette complication s'est produite après huit jours de traitement de l'infection rhino-pharyngée par les grands lavages, dont la nécessité est indiscutable. D'ailleurs, les lavages avaient été pratiqués sous une très faible pression, et nous avons noté, dans notre observation, qu'il nous fut impossible de pratiquer le cathétérisme de la trompe après l'incision du tympan. Cette oreille moyenne réalisait donc des conditions parfaites de « vase clos » en ce qui concerne la trompe. L'incision tympanique ne suffit pas à donner issue au pus, en raison de ce fait, que des adhérences anciennes semblaient avoir cloisonné la caisse et que, l'ouverture classique demeurait insuffisante. Il fallait donc pratiquer directement l'ouverture de l'antre, ce que nous avons fait, et ce que nous conseillons de faire, avec autant de hâte, car il ne faut pas oublier que l'otite scarlatineuse est une de celles qui paient le plus gros tribut aux accidents infectieux graves d'abord, et à la surdité définitive ensuite, si l'intervention a été pratiquée tardivement, et si l'otite de la scarlatine a eu le temps d'exercer son influence funeste sur l'oreille interne.

Rachitisme et lait stérilisé (1)

par le docteur **E. Ausset**,
professeur agrégé, chargé de cours à l'Université de Lille.

La question, soulevée à la *Société de Pédiatrie*, des rapports qui peuvent exister entre l'allaitement au lait stérilisé et l'évolution du rachitisme présente un intérêt de tout premier ordre à un moment surtout où tous les pédiâtres demandent avec insistance que les pouvoirs publics veuillent bien se préoccuper de la mortalité infantile arrivée à un chiffre véritablement effrayant. Quel va être l'état d'esprit de ceux auxquels nous demandons les ressources pécuniaires nécessaires pour donner un lait sain aux enfants de la classe pauvre, pour les empêcher de mourir, s'ils voient un certain nombre d'entre nous, et non des moindres, venir affirmer que l'alimentation par le lait stérilisé conduit au rachitisme ? Ne vont-ils pas nous répondre : puisque vos enfants deviennent rachitiques aussi bien avec le lait stérilisé qu'avec les soupes, les panades, les féculents donnés prématurément, il n'y a pas nécessité à nous imposer de gros sacrifices qui ne changeront en rien la face des choses ?

Je me permets de croire que notre éminent collègue Comby a employé des expressions dépassant sa pensée quand il a dit et écrit : « je continue à penser que les enfants soumis à ce mode d'alimentation présen-

(1) Communic faite à la *Société de Pédiatrie de Paris* (15 avril 1903).

tent tous, à un degré plus ou moins accusé, des stigmates rachitiques ». (*Bulletin de la Société de Pédiatrie*, mars 1902, page 82).

A mon modeste avis, vouloir nier que l'on ne rencontre pas plus d'enfants nourris au lait stérilisé qui deviennent rachitiques que de bébés allaités au sein serait vouloir fermer les yeux devant une vérité éclatante ; mais vouloir dire que c'est le lait stérilisé qui cause ce rachitisme, et écrire, comme M. Comby : « Laissez à l'enfant sa mère pour l'allaiter, cet enfant ne deviendra pas rachitique » (*Traité des maladies de l'enfance*, tome II, page 213), c'est commettre une exagération tout aussi considérable.

Il semble que dans cette discussion nous ne soyons plus d'accord sur ce que c'est que le rachitisme.

Nous n'en sommes plus au temps où l'on considérait le rachitisme comme une maladie du squelette ; les grosses déformations osseuses, les altérations appréciables à l'œil nu ne se produisent que tardivement, ou, pour parler, plus exactement que plus ou moins longtemps après le début de la maladie et alors que bien d'autres organes sont envahis et qu'il existe des altérations microscopiques osseuses des plus nettes. Ce terme de rachitisme pour désigner une maladie aussi générale, intéressant aussi profondément toute la nutrition, devrait bien être abandonné, car il crée ainsi bien des malentendus.

Si l'on étudie l'évolution du rachitisme, on constate, n'est-il pas vrai, que la gastro-entérite chronique est toujours à l'origine des accidents ; je ne suis pas, en effet, convaincu par les quelques cas de rachitisme aigu survenant à la suite de maladies infectieuses diverses et je suis persuadé que l'on trouverait là des accidents intestinaux préalables, l'évolution du rachitisme existait déjà, elle n'a été que précipitée par la maladie infectieuse. En réalité, la gastro-entérite chronique paraît, je ne crains pas de le dire, aussi nécessaire pour la constitution ultérieure du rachitisme que le bacille d'Eberth l'est pour l'installation de la fièvre typhoïde. Le symptôme le plus commun, le plus rapidement observé, c'est le gonflement abdominal dû à des gaz très abondants et aussi à une dilatation et à un allongement de tout le tube gastro-intestinal, ainsi que l'ont bien montré MM. Comby et Marfan et comme je l'ai constaté après eux dans de nombreuses autopsies. Puis, ce sont le foie, la rate, les ganglions qui s'hypertrophient et témoignent du trouble profond apporté à l'hématopoïèse.

Le sang se modifie, on y trouve de la leucocytose, plus ou moins d'hypoglobulie, mais surtout une diminution considérable du taux de l'hémoglobine. Ce n'est que bien plus tard que l'on voit les déformations osseuses. Mais, en revanche, il existe, avant toute déformation visible, des altérations osseuses, qu'il est facile de déceler par l'examen microscopique : et je suis persuadé que si l'on voulait systématiquement examiner les os de tous les enfants succombant avec de la gastro-entérite chronique mais n'ayant pas encore de déformations visibles de ces os, on trouverait, dans tous les cas, de l'épaississement du périoste, de la vascularisation anormale, des altérations de la moelle osseuse, à la condition, bien entendu, que les accidents intestinaux durent déjà depuis un certain temps ; or, toutes ces lésions osseuses précèdent les grosses déformations, lesquelles on aurait fatalement observé si l'enfant n'avait pas succombé ou n'avait pas été guéri de sa gastro-entérite.

Qu'on veuille bien me permettre de rappeler mon étude sur la maladie de Barlow, parue dans les *Archives de médecine des enfants* en novembre 1899. Après avoir relaté une observation personnelle et discuté la nature de la maladie de Barlow, j'ai donné le résultat d'un examen microscopique détaillé et minutieux des os de mon petit malade. Je pris soin de bien noter que l'examen microscopique fut fait au niveau d'os ne présentant à l'œil nu aucune déformation pouvant rappeler le rachitisme. Mais l'examen microscopique nous montra des coupes absolument semblables à celles qu'on observe sur un os nettement rachitique, présentant de grosses lésions macroscopiques.

Il en est certainement de même dans tous les cas où les enfants sont atteints depuis un certain temps de gastro-entérite, et il est bien certain que l'on est rachitique (puisqu'il faut employer cette expression) avant d'avoir des déformations osseuses visibles à l'œil nu. Il suffit, à mon avis, qu'un enfant soit atteint de gastro-entérite chronique depuis déjà un certain temps, pour qu'on ait le droit de dire : c'est un rachitique. Actuellement, on dit, c'est un candidat au rachitisme parce que l'on vit toujours sur cette compréhension des troubles osseux *macroscopiques* de la maladie. Il me semble qu'il n'y a pas besoin d'attendre la période des ulcérations intestinales pour déclarer qu'on a affaire à une fièvre typhoïde ; grâce au séro-diagnostic, on dépiste cette maladie derrière des embarras gastriques fébriles autrefois considérée

comme banals ; il y a des fièvres typhoïdes avortées, frustes, bénignes, comme il y a des rachitismes avortés, frustes, bénins, incomplets. La grosse déformation osseuse est l'ultime étape de l'évolution morbide; dans bien des cas, cette ultime période n'est pas atteinte.

Donc, premier point : l'enfant atteint de gastro-entérite chronique est un rachitique. On va comprendre tout à l'heure pourquoi j'ai si longuement insisté sur ce point.

Le lait stérilisé, nous dit-on, crée le rachitisme ; je discuterai cela tout à l'heure. Pour le moment, je me contenterai de répondre que le rachitisme peut être et est souvent créé par l'allaitement au sein, soit maternel, soit mercenaire. Je m'explique :

Il m'est arrivé bien souvent de rencontrer, soit dans ma clientèle hospitalière, soit dans ma clientèle privée, des enfants nourris au sein et qui cependant avaient de la gastro-entérite chronique. Je pense que mes collègues ont dû en observer également. Il n'est pas rare qu'une mère me conduise son bébé dans les conditions suivantes :

C'est un enfant qui vomit souvent, tantôt aussitôt la tétée, tantôt une heure ou deux après ; ses selles sont souvent vertes ou mélangées de vert, glaireuses ; les nuit sont parfois agitées, l'enfant crie ou se plaint, etc., etc. Or, la mère affirme qu'elle ne donne que le sein à son enfant. Et cela est bien vrai ; poussant à fond mon interrogatoire et mon enquête, l'enfant ne prend que le sein. La mère a donc un mauvais lait ? Analyses sur analyses démontrent que ce lait est parfait. Mais si l'on interroge minutieusement, on s'aperçoit que ce bébé n'était pas réglé, que la mère lui donnait à têter sans aucune espèce de règle, le laissant prendre au sein la quantité de lait qu'il désirait, lui donnant à boire plusieurs fois la nuit ; c'est un enfant qui a fait des indigestions successives, qui a été suralimenté et qui ainsi a vu se constituer de la gastro-entérite chronique par suralimentation. Ces faits sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le suppose : ou bien les familles ont été livrées à elles-même, et la mère donne le sein dès que l'enfant pleure ; or, comme ces indigestions successives ont pour résultat immédiat de provoquer des coliques, l'enfant pleure de plus en plus, on lui donne de nouveau à boire, et ainsi de suite. Ou bien, le médecin qui a fait l'accouchement s'est contenté de dire à la mère : vous donnerez le sein toutes les deux heures. Aucune règle n'a été prescrite en vue des semaines et des mois ultérieurs. L'enfant qui, au début de sa vie, prend peu à la fois et a besoin de têter plus souvent, absorbe de plus en plus de lait à mesure qu'il s'accroît, et par suite, doit avoir des tétées suffisamment espacées pour laisser à ce lait le temps d'être digéré. Or, combien de fois n'ai-je pas eu à constater que des nourrissons de six à sept mois têtaient encore toutes les deux heures et neuf et dix fois par vingt-quatre heures. Laissons un enfant ainsi s'alimenter et nous verrons s'installer la gastro-entérite chronique, et je réponds bien qu'à la fin de sa première année, par exemple, il sera rachitique, c'est-à-dire que s'il n'a pas encore de signes osseux visibles, il présentera tous les symptômes précurseurs de ces signes osseux ; et encore, souvent, dans ces conditions, nous verrons déjà des signes osseux nets.

Depuis six ans, j'ai vu à Lille un très grand nombre d'enfants aussi bien à l'hôpital qu'en clientèle privée. En vue de cette communication j'ai voulu dépouiller toutes mes observations et mes fiches ; cela n'a pas été un travail facile, car il fallait retrouver au milieu de la description des diverses maladies, les renseignements sur l'alimentation de l'enfant et les signes de rachitisme et de gastro-entérite chronique notés comme présents ou absents. J'ai eu un déchet considérable du fait que je ne trouvais pas les renseignements assez précis sur la façon dont l'enfant avait été alimenté ; aussi je n'ai pas tenu compte de tous les cas où je trouvais simplement noté : Enfant nourri au sein, ou bien : enfant allaité avec le biberon. Je n'ai absolument relevé que les observations où j'ai trouvé noté en détail le mode d'alimentation et la recherche minutieuse de toute tare rachitique. J'ai ainsi retenu 682 observations. Sur ces 682 enfants, j'ai noté 456 nourris au biberon, 59 soumis à l'allaitement mixte et 167 nourris exclusivement au sein. Si j'examine maintenant ces 682 enfants au point de vue de l'état de leur tube digestif et du rachitisme, je trouve :

Sur ces 456 enfants nourris au biberon, 349 ont subi les infractions grossières aux règles de l'hygiène, c'est-à-dire ont eu des panades, des féculents d'une façon prématurée, ont tété sans aucune réglementation, ni comme espacement des repas, ni comme quantité du lait. J'ai noté chez tous ces enfants de la gastro-entérite chronique et des stigmates de rachitisme plus ou moins accusés suivant l'âge et suivant le plus ou moins de grossièreté de l'alimentation.

Sur les 107 autres, j'en trouve 61 pour lesquels on

n'a donné que du lait, et du lait bien stérilisé ; pour quelques-uns même il s'agissait de lait stérilisé industriellement. Et cependant, ces 61 enfants avaient les uns seulement de la gastro-entérite chronique avec un gros ventre, de la pâleur des téguments, de la polyadénopathie, mais pas encore de stigmates osseux visibles, sauf à peine un léger ressaut costal que, comme M. Variot, je considère comme normal chez beaucoup d'enfants ; les autres avaient déjà un chapelet costal très net, des nouures épiphysaires, du retard dans l'ossification, de la fontanelle antérieure, etc... Tous ces enfants étaient des rachitiques, les premiers sans stigmates osseux encore visibles, les autres avec des signes très manifestes de ce côté. Or, l'interrogatoire des parents m'avait appris qu'on avait bien eu le soin de ne donner que du lait, de bien le stériliser la plupart du temps ; mais, soit incurie, soit ignorance, soit mauvaise direction imprimée par des tierces personnes, on donnait des biberons trop copieux, trop fréquents, trop nombreux. Tel enfant de trois mois, par exemple, prenait toutes les deux heures 150 gr. de lait pur et cela dix fois par vingt-quatre heures. Cela lui faisait 1.500 gr. de lait par jour. Il n'y a pas deux mois je voyais encore dans mon cabinet un enfant de sept mois, pâle, décoloré, maigre, avec un gros ventre, une fontanelle large comme à la naissance, de la gastro-entérite chronique, chez lequel la mère, appartenant à un niveau social très élevé, avait eu le soin de donner du lait stérilisé industriellement. Malheureusement son médecin lui avait dit de donner ce lait toutes les deux heures, sans limiter en outre le nombre des tétées et comme cet enfant pleurait beaucoup parce qu'il souffrait, on disait à la mère : votre enfant meurt de faim, donnez-lui donc du lait. Et la mère augmentait la quantité du lait. Résultat : gastro-entérite chronique et rachitisme.

Eh bien, est-ce que l'on va accuser ici le lait d'avoir produit ce rachitisme ? Est-ce qu'il n'est pas évident que c'est l'abus et la mauvaise administration de ce lait qui ont causé tout le mal ?

Il me reste 46 enfants nourris exclusivement au lait stérilisé et chez lesquels je défie qui que ce soit de trouver le moindre signe de rachitisme, le moindre indice précurseur. Ventre parfait, selles toujours très belles, jamais de diarrhée, à peine les matières avec la consistance habituelle des enfants nourris au lait de vache. Santé excellente. Sur ces 46 enfants, 18 avaient entre quinze mois et deux ans, tous marchaient et avaient commencé à marcher entre un an et quinze mois : la fontanelle antérieure avait présenté son évolution d'ossification tout-à-fait normale. Sur les autres âgés de moins d'un an aucun signe ne me permettait de supposer que la nutrition générale souffrait et que le rachitisme était en train de s'installer. Tous ces 46 enfants m'étaient présentés pour des affections aiguës diverses : fièvres éruptives, grippe, etc...

Voilà donc 46 enfants nourris au lait stérilisé et ne présentant aucune tare de rachitisme, même naissant. Il est vrai qu'ici les règles d'hygiène alimentaire les plus minutieuses furent observées scrupuleusement. Tous ces enfants appartiennent à ma clientèle privée.

J'arrive maintenant à mes 59 cas d'allaitement mixte ; il est bien entendu que je n'entends par là que les enfants n'ayant que le biberon et le sein ; j'ai laissé dans la classe des 349 mal nourris ceux qui tout en ayant eu le sein et le biberon ont mangé prématurément des aliments solides.

Sur ces 59 enfants, j'en trouve 34 avec des stigmates de rachitisme, chez lesquels mon enquête me révèle que c'est encore l'inobservance des règles hygiéniques alimentaires qui est en cause, le lait stérilisé n'ayant pu jouer aucun rôle. Il en reste 15 qui ont été soumis à l'allaitement mixte avec des règles très sévères bien observées. Pas un de ces enfants n'est noté comme malade de l'intestin et présentant des stigmates de rachitisme.

Il va être maintenant bien plus intéressant de relater ce que j'ai trouvé chez les 167 enfants nourris exclusivement au sein : 19 ont été notés comme atteints de gastro-entérite chronique, dilatation de l'estomac, gros ventre, diarrhées fréquentes, selles glaireuses, chapelet costal très accusé ; sur ces 19 cas j'ai noté 5 fois des nouures épiphysaires, et chez 3 enfants un retard considérable dans la fermeture de la fontanelle antérieure. Ces 19 enfants étaient des rachitiques et pourtant ils n'avaient que le sein. Pourquoi étaient-ils devenus rachitiques ? Parce qu'ils avaient fait de la gastro-entérite chronique par suralimentation. En effet j'ai trouvé noté pour ces enfants qu'on donnait le sein à chaque instant, dès que l'enfant se réveillait ou pleurait ; le bébé buvait tant qu'il voulait, prenait des tétées considérables ; j'en ai noté un qui à quatre mois prenait couramment 200 gr. par tétée ; il vomissait à chaque instant ; la famille et le médecin cherchaient la cause de ces vomissements et des mauvaises selles,

on donnait bien le sein assez régulièrement, mais cet enfant de quatre mois arrivait à prendre de 1200 à 1300 gr. de lait en vingt-quatre heures ; il est maintenant atteint de gastro-entérite chronique avec un chapelet costal très marqué qui ne peut laisser de doute pour son rachitisme, même pour les plus exigeants. Ainsi donc voilà 19 enfants sur 167, exclusivement nourris au sein et qui sont devenus rachitiques. Le lait n'est pas ici à mettre en cause pas plus que pour les bébés allaités au biberon ; l'aliment primordial était excellent dans deux cas, mais on en a fait un mauvais usage. Il ne vient à l'idée de personne d'incriminer ici le lait de la mère ou de la nourrice mercenaire pour expliquer ce rachitisme ; pourquoi vouloir incriminer le lait de vache chez les autres enfants ? Les conditions n'ont-elles pas été les mêmes ; n'avons-nous pas eu affaire dans les deux circonstances à des enfants suralimentés, les uns avec du lait de femme, les autres avec du lait de vache ; le résultat a été le même, parce que la cause a été la même, c'est-à-dire le défaut d'observations des règles rigoureuses de l'hygiène alimentaire.

En réalité, un enfant devient donc rachitique non pas parce qu'il prend du lait stérilisé, mais bien parce qu'il prend mal son lait, que ce soit du lait de femme ou du lait de vache ; l'enfant devient rachitique parce qu'il fait de la dyspepsie et de la gastro-entérite chroniques. Or cette dyspepsie et cette gastro-entérite chroniques on l'observe aussi bien dans l'allaitement au sein qu'avec le lait stérilisé, qui ne peut être incriminé dans l'espèce.

Mais, m'objectera-t-on, pourquoi trouve-t-on plus de rachitiques ayant été nourris au lait stérilisé que de rachitiques ayant été nourris au sein ? La première raison, celle qui prime toutes les autres, c'est que c'est surtout dans la classe pauvre qu'on nourrit au biberon. La mère doit se rendre à son travail pour gagner son pain ; elle confie son enfant à une étrangère qui n'a pas toujours la conscience d'observer rigoureusement les règles qui lui ont été prescrites si elles ont été prescrites. Dans ce milieu également le lait est souvent de qualité secondaire à cause du prix élevé du lait de première qualité ; on le stérilise mal ou pas du tout ou trop tard. Ce lait, ainsi altéré, occasionne des troubles digestifs qui, en se répétant et en se prolongeant, conduisent à la gastro-entérite chronique, première étape du rachitisme. Et ceci est tellement vrai, c'est que les 46 cas que j'ai notés comme indemnes de rachitisme quoique ayant été nourris au lait stérilisé, appartiennent tous à ma clientèle, à la classe aisée ou riche. D'autre part, une preuve de ce que j'avance sont les superbes résultats obtenus par MM. BUDIN, VARIOT, BRESSET, DUFOUR, de Fécamp, etc., dans leurs « Gouttes de Lait ». Chez eux on donne du bon lait, on le donne tout stérilisé, on éduque les mères, on les instruit, on leur enseigne les règles qu'elles ont à suivre ; dès lors plus de rachitisme. Tout le secret de la fréquence du rachitisme chez les enfants allaités au lait stérilisé est là, dans le mauvais emploi de ce lait.

Il faut bien dire aussi que si, dans des milieux aisés, on voit des enfants nourris au biberon faire de la gastro-entérite chronique et du rachitisme, la faute en est parfois au médecin qui a mal institué les règles à suivre ou ne les a pas instituées du tout. On oublie trop souvent que le lait de vache est plus lourd et plus long à être digéré que le lait de femme ; qu'il faut par conséquent mettre des intervalles plus grands entre chaque tétée que s'il s'agissait d'allaitement au sein On oublie aussi de proportionner le nombre des tétées et la quantité du lait de chaque tétée suivant l'âge de l'enfant, et l'on a ainsi des indigestions qui, en se répétant, conduisent à la gastro-entérite. Il est évident qu'un enfant nouveau-né digère plus difficilement le lait de vache que le lait de femme, et c'est ici que je me sépare de M. VARIOT, je ne suis pas d'avis de donner du lait pur à un enfant qui a moins de trois mois. Mais, si on a bien le soin d'observer toutes les précautions, il est absolument chimérique de craindre le rachitisme avec l'emploi du lait stérilisé.

Il est bien évident que les fautes sont si nombreuses et si faciles à commettre avec l'allaitement artificiel, qu'il est bien naturel qu'on rencontre plus de rachitiques chez les enfants soumis à cet allaitement. Il est certain que dans la classe pauvre ces fautes se commettent à chaque instant et qu'elles sont, vu le milieu, très difficiles à éviter. Mais si par la baguette d'une fée bienfaisante ou d'un riche philanthrope, nous pouvions un instant supposer que tous les enfants pauvres seront surveillés et consultés hebdomadairement, dans ces œuvres admirables qu'on appelle les « Gouttes de lait », qu'on distribuera à tous ceux qui en auront besoin du lait excellent et parfaitement stérilisé, avec des conseils très précis pour son emploi, nous verrions très rapidement, j'en suis sûr, le rachitisme disparaître.

Il est bien certain, d'autre part que, puisque malheureusement nous ne pouvons être sûrs de la bonne administration du lait stérilisé et que c'est exclusivement la mauvaise administration de ce lait qui mène au rachitisme, nous devrons faire nos efforts pour faire adopter l'allaitement au sein ; car s'il est évident que bien des enfants deviennent rachitiques parce qu'ils sont *mal* nourris au sein, les fautes sont bien plus aisées à commettre avec le biberon et par suite les troubles gastro-intestinaux bien plus fréquents.

Je conclus donc ainsi :

1° Il est absolument exagéré de dire que le lait stérilisé conduit au rachitisme. C'est le mauvais emploi de ce lait qui amène cet état morbide ;

2° Un enfant peut aussi bien devenir rachitique quoiqu'allaité au sein, si les mêmes conditions sont remplies, c'est-à-dire, si de mauvais principes hygiéniques le conduisent à des troubles dyspeptiques graves et prolongés ;

3° Il y a lieu de susciter partout la création de nombreuses « Gouttes de lait », où les mères trouveront non seulement du bon lait, mais encore et surtout, des conseils précis et rigoureux pour bien élever leurs enfants. Ces « Gouttes de lait » sont capables, à elles seules, de faire diminuer les cas de rachitisme dans des proportions considérables ;

4° Le lait stérilisé mérite qu'on ait en lui la plus grande confiance, à la condition que son emploi soit très judicieusement et minutieusement réglé et surveillé. Dans les familles riches, on devra le préférer à l'allaitement mercenaire qui est, socialement parlant, immoral ; dans ce milieu, il est facile d'en bien surveiller l'administration et il donnera d'excellents résultats.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 9 Mai 1902

Présidence de M. Combemale.

Sclérodermie

M. Bertin présente une malade atteinte de sclérodermie et surtout de sclérodactylie. Ce cas a fait le sujet d'un mémoire qui sera publié in extenso.

M. Charmeil fait remarquer que cette malade a un masque de momie. La lèvre supérieure, toutefois, n'est pas encore rétractée, comme cela s'observe dans des cas plus avancés. Il existe un peu de gêne de la parole ; les rides sont rares, le nez est effilé. Les doigts montrent la résorption progressive des extrémités osseuses.

M. Ausset rappelle la pathogénie de l'affection. Raymond soutient, à cet égard, une théorie trophoneurotique. En faveur de cette manière de voir, plaide l'hérédité des sujets (hystérie, rhumatisme, goutte). L'évolution s'accompagne de crises douloureuses. Les autopsies n'ont fourni que des résultats douteux. Leredde et Thomas invoquent une endo-périartérite. Dans la tunique moyenne des artères, ils ont trouvé des bandes, analogues aux bandes sclérodermiques La maladie aurait été précédée d'une infection antérieure.

Enfin, pour Janselme, l'origine de la sclérodermie pourrait être thyroïdienne. Dans une observation, il a vu la sclérodermie succéder à un goître basedowifié et être améliorée par la médication thyroïdienne. En somme, la sclérodermie doit être un syndrome, explicable par différentes lésions et pouvant tenir à des causes diverses.

M. Charmeil dit que les explications ne manquent jamais. Pour lui, il s'agit surtout d'endopériartérite. Il ajoute que chez la malade, les ongles n'ont pas souffert au cours de la maladie, ce qui est exceptionnel.

M. Bertin ajoute que les lésions viscérales de la sclérodermie sont contraires à une théorie nerveuse de l'affection.

M. Ingelrans fait la remarque qu'ici la sclérodermie a succédé à des crises d'asphyxie des extrémités. La maladie de Raynaud, dans sa forme compliquée, peut effectivement mener à la sclérodermie, et on est ainsi induit à croire qu'il s'agit de lésions secondaires des artères, à la suite de leur contraction prolongée.

Chancre de l'amygdale

MM. Patoir et **Gontier** présentent une jeune femme qui porte un chancre syphylitique d'une amygdale. Le 7 mars dernier, elle n'avait point la syphilis. Le 29 avril, elle revient et on constate une angine avec roséole et plaques muqueuses de sièges divers. L'amygdale est très grosse et indurée : il existe une forte adénopathie.

M. Combemale demande si on a fait un examen bactériologique de l'exsudat, car, à la rigueur, on pourrait confondre avec l'angine de Vincent.

M. Gontier dit que l'on trouve, dans ces cas, tous les microbes ordinaires de la bouche et que la confusion est rendue impossible à cause de l'induration, de la roséole et des commémoratifs.

M. Charmeil fait remarquer que l'induration n'est guère appréciable à l'extérieur et qu'il existe aussi des ganglions de l'autre côté. Cette malade est une strumeuse et M. Patoir a montré que la scrofulo-tuberculose des ganglions du cou datant de l'enfance reçoit un coup de fouet de l'infection syphylitique.

M. Ingelrans note que la douleur et la dysphagie sont, dans ce cas, réduites au minimum. Le chancre de l'amygdale est loin d'être rare ; tout au moins en est-il ainsi à Paris. A Lille, il est vraiment peu commun.

Fibrome de l'utérus

M. Drucbert présente un fibrome utérin enlevé par hystérectomie abdominale. L'utérus est très agrandi. La tumeur est sous péritonéale. Elle était caractérisée par un écoulement aqueux, abondant et continu.

M. Oui dit que ces écoulements sont souvent de l'hydrorrhée intermittente.

Ostéosarcomes du fémur

M. Drucbert présente deux ostéosarcomes du fémur.

L'histoire clinique du premier malade est la suivante, d'après l'observation recueillie par M. Leroy, interne des hôpitaux. Homme de 54 ans, sans aucun antécédent morbide. En juin 1901, apparition au-dessus du genou gauche d'une démangeaison extrêmement vive et rebelle à tout traitement. En juillet gonflement extrêmement douloureux au-dessus du condyle interne du fémur. Le malade refuse alors toute intervention chirurgicale. Mais les paroxysmes douloureux augmentent de fréquence, le moindre mouvement, le moindre frôlement les ramènent. Le malade ne peut même plus supporter le contact du pantalon. Il se décide à entrer à la maison de santé. La tumeur envoie des prolongements à la partie supérieure du creux poplité, et en avant au-dessus de la rotule. Elle est de consistance inégale, douloureuse à la pression, fixée profondément sur le fémur. Ces caractères et la rapidité d'évolution imposent le diagnostic d'ostéosarcome.

La désarticulation de la hanche est pratiquée le 29 novembre ; les suites sont idéales et le malade sort le 20 janvier 1902. L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un fibro-sarcome développé aux dépens du périoste.

Dans le second cas il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, vigoureux et bien musclé, qui deux mois avant l'opération avait consulté son médecin au sujet d'une petite tumeur grosse comme un œuf de poule, ressemblant assez à un lipome mais peu mobile. Cette tumeur s'est développée avec une extrême rapidité, puisque lors de l'entrée du malade elle atteint la grosseur d'une tête d'enfant de 10 ans. Elle siège à la partie supérieure et antérieure de la cuisse droite, fixée dans la profondeur, plus mobile superficiellement, peu douloureuse puisqu'elle n'empêchait pas le malade de faire de longues courses en bicyclette. Son point d'implantation de dimensions relativement minimes est au niveau du petit trochanter ; la tumeur refoule les muscles sur les côtés, les vaisseaux en avant et envoie un prolongement qui fait saillie sous les muscles de la face postérieure de la cuisse ; un autre prolongement va se fixer sur la face interne de la bronche descendante du pubis.

Ce malade subit la désarticulation de la hanche ; l'opération fut rendue pénible par le siège élevé de la tumeur et par l'existence du prolongement qui remontait derrière le pubis. L'opéré succomba au shock trente-six heures après l'opération.

Tandis que dans le premier cas la tumeur avait secondairement envahi le fémur, dans le second cas l'os était absolument intact comme le montre du reste la radiographie.

Influence du sérum antipancréatique sur le ferment amyolytique du sang

MM. Surmont et **Drucbert** font une communication sur ce sujet (sera publiée in extenso).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Responsabilité du client vis-à-vis du médecin.

Le tribunal correctionnel de Dijon a été appelé à statuer, le 31 décembre 1901 (*Gazette du Palais* du 18 avril 1902), sur une question de responsabilité, non pas d'un médecin envers un client, mais d'un client envers un médecin. Le cas est beaucoup plus rare. Il se présentait dans une espèce à laquelle nous ne connaissions pas de précédent, et qui — nous l'espérons pour les membres du corps médical — restera seule et unique dans les annales de la jurisprudence.

De l'instruction et des débats, il résultait que, le 22 août dernier, le sieur A... s'était rendu dans le cabinet du docteur B...; qu'une discussion assez vive s'était engagée entre eux ; que le docteur B... ayant voulu mettre A... à la porte, une rixe s'éleva entre eux dans laquelle A... donna un soufflet au docteur B... et le mordit au pouce gauche, lui faisant une blessure qui, par elle-même, n'était pas de nature à présenter quelque gravité.

Quels pouvaient être les droits du médecin ? C'était, d'une part, de poursuivre la condamnation de son adversaire en raison de l'infraction pénale dont celui-ci s'était rendu coupable. C'etait, d'autre part, de demander par action civile, la réparation du préjudice que lui, médecin, avait pu subir par suite de l'agression dont il avait été victime.

Le premier point ne soulevait qu'une difficulté de procédure. Le médecin avait cité son adversaire devant le tribunal correctionnel ; l'adversaire prétendait qu'il aurait dû être cité devant le tribunal de simple police. C'est que, dans notre législation pénale, l'infraction consistant en violences ou voies de fait à l'égard des personnes, est punie tantôt comme délit correctionnel, tantôt comme contravention de simple police. S'agit-il de « voies de fait ou violences légères, dont les auteurs n'ont blessé ni frappé personne » ? Elles constituent des contraventions punies de simple police par les art. 605 et 606 du Code du 3 brumaire an IV. S'agit-il de « violences ou voies de fait » autres que celles prévues par le Code de brumaire an IV ? Elles

constituent des délits punis de peines correctionnelles par l'art. 311 du Code pénal, modifié par la loi du 13 mai 1863.

Mais que faut-il entendre par ces « voies de fait ou violences légères, dont les auteurs n'ont blessé ni frappé personne » ? On discute sur bien des espèces. Le soufflet, par exemple, la gifle, est-ce ou n'est-ce pas une de ces violences tombant sous l'application du Code de brumaire an IV? D'ordinaire, les tribunaux y voient un délit correctionnel. V. notamment : Cass., 24 janvier 1863 (*Dalloz*, 63, V, 402) ; — trib. simple police Lille, 23 février 1889 (*Nord Judiciaire*, 1889, I, 221). Pourtant, il en est qui persistent à n'y voir qu'une contravention de simple police. Trib. simple police, Gaillac, le 18 août 1899 (*Revue des Justices de paix*, 1900, VIII, 313). — La difficulté la plus récente qui, à notre connaissance, ait été soumise à la justice, était relative au fait de jeter sur quelqu'un cette substance qu'on appelle vulgairement du « poil à gratter ». Le tribunal de simple police de Toulouse, par jugement du 2 mars 1901 (*Eod. op.*, 1902, X, 12), a décidé que ce fait constituait une simple contravention, tout comme le fait de lancer sur quelqu'un de l'eau claire. Nous disons de l'eau... claire, car le fait de lancer sur quelqu'un un liquide qui ne serait pas clair, constitue une contravention spéciale, celle de jet d'immondices, qui comporte une peine spéciale, variable suivant que le jet a été ou non intentionnel. Art. 471, § 12, et 475, § 8, C. pénal. Ainsi jugé pour l'urine : Cass., 5 mars 1892 (*Sirey*, 92, I, 288).

Dans l'espèce soumise au tribunal correctionnel de Dijon, les circonstances ne pourraient laisser place à aucun doute, puisque, non seulement le docteur B... avait reçu un soufflet, mais que, de plus, il avait été mordu au pouce. Il avait donc été tout à la fois *frappé* et *blessé*. Par suite, on se trouvait incontestablement en présence d'un délit, et c'est avec raison que le tribunal correctionnel s'est déclaré compétent et a prononcé contre l'auteur de ce délit les peines de l'art. 311 C. pénal.

Restait l'action civile en réparation du préjudice subi par le docteur B... Le fondement de cette action civile était le même que dans les actions en responsabilité civile dirigées contre les médecins. C'était le principe de l'art. 1382 C. civil : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer. » Or, comme nous avons eu l'occasion de le rappeler (*Echo médical du Nord*, 1902, p. 203), l'application de ce principe suppose trois conditions : un dommage, un préjudice causé, une faute commise, une relation entre le préjudice et la faute. Ces trois conditions se trouvaient certainement résumées dans notre espèce : par la faute de A... le docteur B... avait certainement subi un préjudice qui était la conséquence directe de la faute de A... Il fallait seulement évaluer le préjudice subi. Et c'est ici que la question se compliquait, en raison des circonstances suivantes.

Le docteur B... prétendait qu'après la morsure dont il avait été la victime, il avait dû interrompre pendant un certain temps l'exercice de sa profession, ce pour quoi il réclamait une indemnité considérable, tout en reconnaissant que la blessure avait été sans gravité. Comment donc? C'est, qu'au moment où il avait été mordu par A...., le docteur B... savait qu'A... était atteint de syphilis. Il pouvait donc légitimement craindre que la blessure par lui reçue fût de nature à lui communiquer cette maladie ; et, en conséquence, la plus élémentaire prudence lui faisait un devoir de s'abstenir totalement de l'exercice de sa profession pendant toute la période d'incubation.

Des experts furent commis, et procédèrent à l'examen des deux adversaires.

D'une part, ils constatèrent qu'au moment où ils procédaient à l'examen de A.... celui-ci présentait tous les symptômes de la syphilis à l'état secondaire, sans qu'ils pussent toutefois déterminer à quelle époque pouvait remonter la maladie.

D'autre part, ils reconnurent, qu'au 11 décembre 1901, c'est-à-dire près de quatre mois après la morsure dont il avait été victime, le docteur B... ne présentait aucune trace de syphilis récente à la période secondaire ; et que, par suite, aucun accident syphilitique n'était résulté pour lui de ladite morsure.

C'est dans ces conditions que le tribunal correctionnel de Dijon, faisant valoir que « si l'agression dont le docteur B..., a été l'objet a été de nature à lui causer un certain préjudice, ce dernier ne peut être évalué qu'à la perte résultant pour lui de la cessation de l'exercice de sa profession de médecin pendant le temps nécessaire pour constater les premiers symptômes de la contamination », fixe à la somme de 500 francs les dommages-intérêts, auxquels ce préjudice peut donner droit.

Ajoutons, sans commentaires, que le tribunal repoussa en même temps une demande reconventionnelle en 100,000 francs de dommages-intérêts qu'A.... avait formée contre le docteur B.... pour abus de citation. J. J.

NOUVELLES & INFORMATIONS

— Les jeudi 15 et vendredi 16 mai ont eu lieu les épreuves du **Concours pour l'emploi** de professeur suppléant **des chaires de pathologie et** de clinique médicales à l'Ecole d'Amiens, devant un jury composé de MM. les professeurs Combemale, président, Surmont, Charmeil de Lille, Bax et Decamps d'Amiens.

A l'épreuve écrite, les candidats ont eu à traiter : *Des angines de poitrine* ; étaient restées dans l'urne les questions suivantes : *Symptômes et diagnostic de la variole ; La lithiase biliaire ; Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse ; Goître exophtalmique.*

A l'épreuve orale, leçon de trois-quarts d'heure après trois heures de préparation sans livres, la question suivante est sortie : *Ascite.* Restaient dans l'urne : *Vomissements, séméiologie et étiologie ; Des chorées ; Séméiologie, pathogénie, Étiologie des ictères ; Dyspnée.*

A l'épreuve clinique, les deux malades examinés par les candidats avaient été diagnostiqués par le jury : *Tabes dorsal chez une femme syphilitique ; Symphyse cardiaque chez un enfant.*

L'épreuve d'anatomie pathologique portait *a*) sur des pièces microscopiques : *Plaques de Peyer dans la fièvre typhoïde ; Bronchopneumonie tuberculeuse ; Reins polykystiques ; Cancer de la paroi postérieure de l'estomac ; Tuberculose entérique ; b*) sur des coupes microscopiques: *Foie cardiaque; Synovite tuberculeuse ; Cirrhose atrophique ; Sclérose rénale.*

A la suite de ces épreuves, M. le docteur Jean Bernard a été présenté en première ligne ; M. le docteur Bailey, en seconde ligne.

UNIVERSITÉ DE LILLE

En raison du ralentissement constaté dans l'évolution de l'*épidémie de variole*, en raison aussi des nombreuses vaccinations déjà pratiquées, les dernières **séances de vaccination** à la Faculté de médecine auront lieu le dimanche 18, à 8 h. 1/2 du matin et le lundi 19 courant, à 6 heures du soir.

Notre Carnet

Le 15 mai a été célébré à Lille le mariage du docteur Maurice Breton, ex-interne des hôpitaux, avec Mademoiselle Marie Hovelaque. Nous adressons aux nouveaux mariés nos meilleurs souhaits de bonheur.

Distinctions honorifiques

Légion d'Honneur. — Ont été promus *Officier* : M. le docteur Berger, maire de Brest ; *Chevalier* : M. le docteur Brudham, médecin de 1re classe de la marine.

HOPITAUX & HOSPICES

Marseille. — M. le docteur Juge est, après concours, nommé chirurgien des hôpitaux.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Klein et Fayard, de Paris ; Gauvain, de Sidi-bel-Abbès (Oran) ; Tailhand, d'Aubenas (Ardèche).

Vergoz, médecin major des colonies, disparu dans la catastrophe de la Martinique ; Lomuller, ancien médecin major, missionnaire massacré en Chine.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

19e Semaine du 4 au 10 Mai 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	7
3 mois à un an	4	5
1 an à 2 ans	5	2
2 à 5 ans	4	1
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	2	2
20 à 40 ans	8	9
40 à 60 ans	10	6
60 à 80 ans	11	8
80 ans et au-dessus	»	4
Total	52	45

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	1	»	»	»	»	»	1	»	1	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	7	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	2	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	6	11	11
Moulins, 24,947 hab.	1	»	»	»	1	1	»	1	3	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	10	13
Wazemmes, 36,782 hab.	2	»	»	»	»	»	»	1	4	2	2	»	»	1	»	1	»	»	»	5	18	19
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	3	8	6
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	1	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	2	»	1	»	»	»	7	13	7
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	6	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	5	9
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	»	1	1	»	1	1	»	3	10	16
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	1	3	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	6	8
Total	8	»	»	»	1	2	3	5	14	5	6	»	»	13	1	2	2	1	»	34	97	104

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 280. Sixième Année N° 21. Le Numéro : 10 centimes. 25 Mai 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

De la Constipation

par le professeur **H. Surmont**

(Leçon du cours de Pathologie interne, recueillie par **M. Dehon,** revue par le professeur)

Le mot « constipation » est de ceux qui, vu leur usage courant, semblent ne pas avoir besoin de définition. Il n'est cependant pas inutile, au point de vue de la description médicale, de s'entendre exactement sur la signification précise qu'il convient de lui attribuer. De toutes les définitions proposées tour à tour, celle qui semble devoir être adoptée, étant à la fois la plus explicite et la plus exacte, est celle de SOUPAULT, ainsi formulée : « La constipation est la rétention et l'accumulation des matières fécales dans le gros intestin, quel que soit leur mode d'évacuation au dehors ».

On peut donc considérer comme de faux constipés les sujets qui, pour des raisons toutes physiologiques, ont des selles rares ou peu abondantes : par exemple, ceux qui, volontairement ou d'une façon habituelle, restreignent dans une proportion notable leur alimentation et par conséquent les résidus alimentaires ; d'où, évacuations forcément rares et peu abondantes, mais sans rétention ni accumulation dans le gros intestin. Cette éventualité n'est pas rare chez les femmes et les jeunes filles coquettes ou névropathes.

Certains sujets ont, pendant toute leur existence ou pendant de nombreuses années, des évacuations plus rares que normalement, par exemple tous les deux ou trois jours seulement, et cela sans en souffrir apparemment. Cet état doit-il être considéré comme pathologique, puisque l'on admet généralement que les garde-robes, à l'état normal, doivent être au moins quotidiennes ? Ce n'est pas l'opinion de POTAIN et de NOTHNAGEL, pour qui ne sont constipés que les gens qui souffrent manifestement de la rareté de leurs évacuations. Cette opinion ne doit pas être admise sans réserves, à mon sens, car le médecin peut attribuer une valeur pathogénétique considérable, dans certains cas, à une constipation dont ne souffrent nullement les patients, puisque, dans la règle, bon nombre de constipés n'accusent aucun trouble pendant un temps plus ou moins long ; les troubles mécaniques réflexes ou toxiques de la constipation n'apparaissant que tardivement chez eux. La frontière entre ce qu'on pourrait appeler la constipation physiologique et la constipation pathologique est évidemment affaire d'appréciation dans chaque cas particulier.

La seconde partie de la définition de SOUPAULT proclame l'indifférence dans la conception du syndrôme constipation, de l'apparence des matières évacuées au dehors. C'est là, au point de vue médical, la partie la plus essentielle à mettre en lumière ; car l'unanimité des malades et beaucoup de médecins considèrent que la constipation est essentiellement caractérisée par l'émission de matières dures ; or, à côté des faux constipés dont nous parlions tout à l'heure, il existe un assez grand nombre de *constipés sans le savoir* que l'on peut classer en trois catégories : ceux qui ont des selles d'apparence normale ; ceux, beaucoup plus nombreux, chez lesquels se succèdent des alternatives de diarrhée et de constipation ; les derniers, enfin, qui ont uniquement des évacuations liquides.

Les malades de la première catégorie présentent à l'examen direct du ventre les signes évidents d'une obstruction stercorale. Ils ont cependant des selles dont l'aspect est normal : c'est qu'ils évacuent le trop plein de leur intestin par regorgement, absolument comme certains urinaires avec rétention ont de la fausse incontinence et pissent par regorgement. Il est probable que, dans ce cas, il se fait au centre des amas stercoraux une sorte de canalisation qui permet à l'excédent des matières de s'évacuer, petit à petit, au dehors.

Les malades de la deuxième catégorie sont beaucoup plus nombreux : la plupart d'entre eux se plaignent, non de constipation, mais de diarrhée : à l'interrogatoire, on voit vite que cette diarrhée se produit par crises séparées par des périodes de constipation ; chez eux, la constipation est le fait initial ; les matières durcies amènent par irritation locale des crises d'hypersécrétion intestinale suivies de débâcles dans lesquelles on trouve, nageant au milieu du liquide, les amas de matières dures, point de départ des accidents.

Enfin les malades de la troisième catégorie ont des évacuations toujours liquides. Chez eux l'hypersécrétion intestinale est continue, au lieu d'être paroxystique comme chez les précédents, mais à l'examen on trouve facilement au milieu des matières liquides des scybales caractéristiques. Si simple que cela paraisse, il faut donc savoir dépister à côté des constipés flagrants, les faux constipés et les constipés sans le savoir ; cela est d'autant plus nécessaire qu'il n'est certainement pas, dans la pratique courante, de symptôme pour lequel le médecin soit plus souvent consulté, surtout chez les malades de la clientèle aisée.

Avoir une idée exacte de sa valeur, savoir la rattacher à son étiologie précise, dans chaque cas particulier, est d'autant plus important que la cure de la constipation est loin d'être facile, qu'un grand nombre de constipés sont tourmentés de leur état jusqu'à l'obsession la plus tenace et qu'il y a nécessité de les soulager pour les empêcher de recourir à des pratiques empiriques, ridicules ou dangereuses et de devenir la proie des charlatans.

Au double point de vue de l'étiologie et de la symptomatologie, aussi bien qu'au point de vue de la thérapeutique, on doit envisager deux formes de la constipation, suivant qu'elle est passagère ou accidentelle, ou bien au contraire habituelle.

La *constipation passagère* ou *accidentelle* reconnaît deux ordres de causes. Elle peut être provoquée, soit par des modifications passagères aux règles ordinaires de l'hygiène générale ou alimentaire, soit par un état pathologique dont elle n'est qu'un symptôme.

Les constipations du premier groupe sont fréquentes; il faut y prendre garde, car elles semblent indiquer un certain état de faiblesse de l'intestin ou de diminution de la sensibilité rectale qui constitue justement une prédisposition à la constipation habituelle. Ainsi, vous entendrez des sujets se plaindre qu'un simple déplacement (voyage en chemin de fer, en voiture), un surcroît de fatigue physique, un exercice physique nouveau (bicyclette, cheval), mettent en défaut le fonctionnement de leur intestin.

Vous verrez encore des malades d'une sensibilité extrême vis-à-vis des aliments astringents ou des boissons chaudes, en particulier du thé, et de certaines boissons fermentées : du vin rouge, par exemple. Il faut connaître l'existence de ces multiples influences, si insignifiantes en apparence, pour les rechercher, les signaler aux intéressés et les leur faire éviter, ce qui suffit le plus souvent à prévenir les rechutes.

La constipation passagère peut encore être pathologique. Elle fait partie en effet du cortège symptomatologique de beaucoup de maladies, soit chroniques, soit aiguës et pyrétiques, qu'il est inutile de passer en revue ici. Il vous appartiendra, dans ces cas, de respecter ou de combattre cette constipation symptomatique, selon qu'elle sera salutaire ou dangereuse. C'est ainsi que vous vous garderez bien de provoquer l'évacuation de l'intestin, lorsque vous serez appelés à soigner une péritonite, de peur que les contractions du tube intestinal n'aident à la généralisation de l'exsudation septique ; au contraire, il y aura grand intérêt chez un typhoïdique à faire éliminer, en même temps que les matières fécales, l'énorme quantité de produits toxiques qu'elles renferment.

Cette leçon doit être plus particulièrement consacrée à la constipation habituelle. Lasègue a montré qu'il y a lieu, au point de vue symptomatologique, d'en différencier deux types, suivant qu'elle est totale ou dissociée.

Elle est dite *totale* lorsque les évacuations sont, à la fois, rares, abondantes et formées de matières durcies. Elle est dite *dissociée* lorsque les perturbations du fonctionnement de l'intestin portent seulement, soit sur la fréquence, soit sur la quantité, soit sur la qualité des évacuations. Parmi les constipations dissociées, on appelle *horaire* celle qui est caractérisée par ce fait que les selles sont très espacées ; dans la constipation *quantitative* les évacuations ont conservé leur fréquence ordinaire, mais ont diminué d'importance. Dans la constipation qualitative on observe soit isolément, soit en même temps que les deux autres formes ou que l'une d'elles, un aspect anormal des matières : qu'elles soient dures, ovillées, pigmentées, entourées de mucus ou de muco-membranes, ou accompagnées de sable intestinal (entérite muco-membraneuse).

Espacées tous les trois ou quatre jours dans les cas moyens de *constipation horaire*, les évacuations deviennent d'une rareté véritablement étonnante chez certains malades, particulièrement chez les hystériques ; il y a toujours lieu de se méfier des supercheries chez ces malades, mais Lasègue a rapporté des cas classiques, cités partout, de constipation hystérique, incontestable, vérifiés par lui, ayant duré quatre et même six semaines.

Si les faibles degrés de la *constipation quantitative* ont besoin d'être mis en évidence par une palpation attentive, dans les degrés extrêmes, le volume des matières retenues dans l'intestin peut acquérir des proportions véritablement fantastiques. Témoin ce fait de Lasègue, qu'on trouve relaté dans tous les auteurs, d'un chef de bureau qui, pendant 6 à 8 mois, se plaignait de ballonnement et de douleurs violentes dans le ventre,

sans vomissements, diarrhée ou constipation apparente et une nuit, dans une formidable débâcle, remplit successivement dix-sept vases de nuit. La constipation quantitative est extrêmement fréquente chez les enfants, particulièrement dans les familles aisées où on leur donne une alimentation trop riche en viandes et insuffisamment fournie de végétaux et de fruits. Les réactions nerveuses et générales particulièrement intenses chez les neuro-arthritiques héréditaires, qu'éveillent les résorptions intestinales consécutives, sont alors le point de départ de craintes vives chez les parents et chez les médecins non prévenus des erreurs de diagnostic les plus variées avec la méningite, la fièvre typhoïde, la grippe intestinale, etc.

Dans la constipation quantitative, les matières fécales prennent la forme de boules dures de volume variable, parfois petites comme des crottes de biques, d'autres fois plus volumineuses, ovillées. Quand leur consistance est très forte, on leur donne le nom de scybales et dans les cas anciens, les scybales peuvent acquérir une consistance pierreuse, rebondir sur le sol et mériter véritablement, par suite de leur incrustation de carbonates et de phosphate de chaux, le nom de coprolithes. Les scybales sont expulsées isolément ou en masses conglomérées, seules ou accompagnées de mucosités, de glaires, de sables ou de graviers intestinaux.

Bien que certains individus puissent avoir pendant longtemps des évacuations rares ou insuffisantes, sans trouble apparent de la santé générale, il est peu fréquent que la constipation n'agisse pas d'une façon fâcheuse sur l'état général et sur les diverses fonctions de l'individu.

Parmi les symptômes qui accompagnent habituellement la constipation, il faut citer : *le retentissement sur l'appétit* ; l'inappétence est la règle, elle s'accompagne parfois, dans les constipations intenses, d'une fétidité très marquée de l'haleine qui est une source de tourments pour le malade et de gêne pour son entourage ; la langue est sèche, pointue, framboisée ; ou au contraire très saburrale, très large, mollasse et marquée de l'empreinte des dents. La digestion stomacale est généralement altérée, soit par suite de troubles mécaniques amenant la mauvaise évacuation de l'organe, soit par suite de viciations de la sécrétion, soit par l'association de ces deux ordres de troubles ; toutes les sécrétions digestives sont au reste réduites ou viciées. Il est facile de s'en convaincre pour ce qui est de la salive qui est : rare (langue rouge, soif exagérée), ou épaisse, visqueuse ; en quantité exagérée (langue saburrale, crachottement). Du côté du foie, on observe au bout d'un certain temps une réaction non seulement sur la cellule hépatique, dont il existe souvent un état léger d'insuffisance ; mais encore sur la sécrétion biliaire qui est souvent diminuée (décoloration des selles), ou en partie retenue dans les canaux obstrués : d'où cholémie qui explique en partie la coloration particulière des téguments chez les vieux constipés. Ces troubles vont au reste jusqu'à modifier l'état physique de l'organe et à déterminer une hépatomégalie plus ou moins marquée. La sécrétion urinaire est aussi altérée, et l'examen des urines démontre une augmentation habituelle des produits qui dénotent la fermentation intestinale : indican et acides sulfo-conjugués. L'urée, le chlore et le phosphore sont en rapport d'une part avec l'alimentation d'ordinaire réduite, d'autre part avec le degré d'altération de la nutrition générale toujours touchée, et de l'état nerveux : les constipés étant, pour la plupart, des névropates. L'appareil circulatoire est habituellement troublé dans son fonctionnement et l'on peut observer, à la suite des repas, en particulier, des bouffées de chaleur, de la congestion céphalique, des troubles vaso-moteurs, des palpitations cardiaques. Nous avons déjà signalé la fétidité de l'haleine qui, avec de la gêne respiratoire et une dyspnée assez intense parfois, fait partie des troubles respiratoires.

Le système nerveux est presque constamment atteint et l'on peut dire que le plus grand nombre des constipés sont des névropathes : simples nerveux, hystériques, neurasthéniques, vésaniques même. Il serait contraire à la réalité clinique de faire de la neurasthénie l'unique cause occasionnelle de la constipation ou, inversement, de soutenir que lorsque constipation et neurasthénie s'observent chez un même malade, celle-ci dérive toujours de celle-là ; mais vous aurez certainement l'occasion de vérifier qu'il y a souvent des rapports intimes entre ces deux états morbides et il est parfois difficile de juger quel est, des deux états pathologiques, le premier en date.

L'état mental des constipés est souvent touché ; ce sont parfois de véritables monomanes, le plus ordinairement des malades difficiles à soigner et des gens difficiles à vivre, désagréables pour leur entourage. Un diplomate ne disait-il pas que lorsqu'on a affaire à un Ministre, « il faut tout d'abord s'informer s'il a été convenablement à la garde-robe » ?

L'état général des constipés est généralement altéré. Ces malades sont généralement amaigris, fatigués ; ils ont le teint jaunâtre, les yeux brillants, la peau sèche et écailleuse, les cheveux et la barbe rudes et cassants, leur peau est souvent le siège d'éruptions variées : prurigo, urticaire, acné, etc. Ces caractères, joints à leur état mental, à la fétidité de leur haleine, à leur manque d'appétit, à leur langue saburrale, permettent de les reconnaître facilement, et leur aspect extérieur est véritablement caractéristique.

En dehors des symptômes précédents, qui font partie du cortège habituel de la constipation, il en est d'autres, plus rares mais aussi plus sérieux, que l'on peut considérer comme représentant déjà des accidents ou des complications secondaires et que l'on peut classer suivant le mécanisme pathogénique général qui préside à leur production, en troubles mécaniques et en troubles toxiques ou réflexes.

Les matières fécales durcies et agglomérées en boules dans les logettes du gros intestin ont pour conséquence une irritation locale des parois intestinales. Cette irritation se traduit par un ensemble de troubles pathologiques dont le plus simple est le catarrhe du côlon ou du rectum, caractérisé cliniquement par la présence, dans les selles, d'une quantité plus ou moins considérable de mucus nettement différencié.

Un degré de plus et l'affection aboutit à l'entéroco-

lite muco-membraneuse, avec expulsion de glaires et de fausses membranes et ses autres caractères typiques. L'entérocolite sableuse et la lithiase intestinale sont une autre forme de l'entérite chronique avec constipation habituelle.

Les ulcérations intestinales se traduisent par l'existence à la surface des matières fécales, de stries sanglantes, parfois même par de véritables petites hémorrhagies. L'importance légitime attribuée dans ces dernières années à l'appendicite ne doit pas faire oublier complètement l'existence de la typhlite stercorale que le professeur DIEULAFOY, lui-même, a signalée dans ces dernières années, en appelant l'attention des médecins sur son existence. Comme pendant à la typhlite stercorale, un médecin suisse, le docteur MAYOR, de Genève, a décrit une sigmoïdite d'origine stercorale, reproduisant au niveau de l'S iliaque les symptômes de la typhlite.

Ce sont encore des complications dans la pathogénèse desquelles les troubles d'origine mécanique ont la première place, que produit l'accumulation dans l'ampoule rectale et l'S iliaque d'énormes masses de matières amenant la formation de *véritables tumeurs stercorales*, quelquefois si volumineuses qu'elles en imposent pour des tumeurs vraies, et peuvent déterminer de véritables obstructions résistant à tous les traitements médicaux et nécessitant le curage du rectum. Lorsque l'anse sigmoïde est remplie de matières fécales, elle a selon beaucoup d'auteurs, en particulier TRÈVES, POTAIN, Albert MATHIEU, de la tendance à tomber en avant et à se tordre ou même à se renverser complètement si l'allongement de son méso le lui permet, de là la production d'occlusion intestinale vraie dont le diagnostic avec l'obstruction est loin d'être toujours aisé.

Les tumeurs stercorales produisent la compression des organes voisins, particulièrement chez les femmes, où elles peuvent faire croire, à tort, à des lésions de l'utérus et de ses annexes : chez l'homme on observe quelquefois des pertes séminales. On connaît aussi la sciatique et la névralgie crurale des constipés rattachées parfois uniquement à la compression, mais qui sont souvent dues aussi à des influences réflexes et toxiques. Il convient encore de citer : les hémorrhoïdes qui, bien que dues à la phlébite des veines hémorrhoïdaires, ainsi que l'a montré QUÉNU, sont excessivement fréquentes chez les constipés, et en partie d'origine mécanique ; la fissure à l'anus, consécutive au déchirement de la muqueuse lors du passage des scybales trop dures ou trop volumineuses.

Les accidents d'autointoxication dont l'importance a été si bien mise en évidence depuis vingt ans dans la plupart des affections du tube digestif, se retrouvent naturellement dans la constipation. On les observe avec leur maximum d'intensité chez les enfants chez lesquels, sous l'influence de la rétention des matières fécales, il n'est pas rare de voir s'élever la température et se manifester des phénomènes généraux graves en présence desquels le médecin peut songer, parfois, à des affections beaucoup plus sérieuses. Les vieillards sont aussi très sensibles à l'intoxication intestinale, probablement à cause de la moindre résistance de leur organisme et de la facilité de l'insuffisance des émonctoires chez eux. Chez eux, elle se traduit souvent par des phénomènes en tout semblables à ceux que l'on réunit d'ordinaire sous le nom de petit Brightisme.

Les adultes, surtout certaines femmes, résistent beaucoup mieux à l'intoxication stercorémique.

Pour que ces accidents se produisent, il faut naturellement que les substances toxiques contenues dans les matières fécales puissent être absorbées par les vaisseaux et les lymphatiques de la muqueuse intestinale. Par conséquent, lorsque les matières durcies se sont entourées d'une coque imperméable, cette absorption est moins à redouter ; mais elle peut apparaître si les matières se liquéfient, soit sous l'influence de l'hypersécrétion intestinale qu'elles produisent (fausses diarrhées), soit sous l'influence d'un purgatif trop faible qui ne les expulse pas immédiatement, et, les laissant séjourner liquides dans l'intestin, permet à celui-ci de résorber les principes toxiques. De là l'explication toute naturelle de la fièvre et des phénomènes généraux qui se montrent quelquefois chez les constipés, à la suite d'un purgatif ayant donné un résultat insuffisant.

Parmi les phénomènes nerveux qu'on peut considérer comme réflexes, je vous citerai tout particulièrement : la céphalée, les bourdonnements d'oreille, les migraines vulgaires, les névralgies trifaciales et, parfois, chez les enfants, des accidents beaucoup plus graves, comme les convulsions. Il est souvent difficile d'apprécier dans ces cas quelle est la part qu'il convient de faire dans la genèse des accidents à la stercorémie ou à un autre facteur étiologique dont l'importance a été bien discutée depuis quelques années, mais qu'il ne faut cependant pas laisser complètement de côté : l'action réflexe. L'action réflexe d'origine intestinale est évidente en effet ; par exemple dans les accidents de l'helminthiase dont une bonne partie n'est pas, d'après les apparences cliniques, d'origine toxique ; dans ceux qui accompagnent le pincement latéral de l'intestin ; dans les malaises et les coliques qui suivent chez certains sujets l'introduction d'un suppositoire simple au beurre de cacao ou même le toucher rectal (LEUBE, cité par Albert MATHIEU, a publié l'histoire d'un malade chez qui le toucher rectal produisait des vertiges).

On a publié des observations de troubles vésaniques, même de crises épileptiformes (J. Ch. ROUX) améliorés ou guéris par le traitement de la constipation. Il est, en tout cas, un fait d'observation courante sur lequel tous les praticiens sont d'accord : c'est la nécessité absolue d'éviter la constipation chez les malades atteints de névroses (en particulier d'épilepsie), ou de psychoses (en particulier à forme dépressive), aussi bien que chez ceux qui sont atteints de lésions organiques du système nerveux (paralysie générale, artérites cérébrales), d'insuffisance hépatique ou d'insuffisance rénale.

Le diagnostic de la constipation est d'ordinaire extrêmement simple : il est d'ordinaire fait par le malade lui-même, mais il doit être vérifié par le médecin puisqu'il y a, nous l'avons vu, lors de la définition, des *faux constipés*.

L'examen attentif du malade lui-même et des caractères des évacuations permettra aisément aussi de dépister les *constipés sans le savoir*.

Bien plus important est le diagnostic de la *cause de la constipation* ; car de cette recherche dépend le traitement et son résultat heureux ou malheureux. Or, si les causes de constipation sont extrêmement nombreuses, on peut et on doit les classer en deux catégories, suivant que le symptôme est secondaire ou non à un état pathologique antérieur bien nettement établi. Il y a donc deux espèces de constipation habituelle : la constipation symptomatique et la constipation dite essentielle ou primitive.

La constipation symptomatique reconnaît les origines les plus variées, tantôt faciles à mettre en évidence et tantôt ayant besoin d'être recherchées avec soin. Pour mettre un peu d'ordre dans cette énumération on peut classer les causes selon le mécanisme pathogénique suivant lequel elles interviennent. Cette façon de faire nous permettra de passer sous silence un grand nombre de causes dont l'énumération serait fastidieuse et qui viennent se ranger tout naturellement dans l'une quelconque des divisions de notre tableau. On conçoit, au reste, que certaines causes puissent, selon les circonstances, agir par des mécanismes différents. Ainsi un polype du rectum pourra déterminer de la constipation : 1) par obstacle mécanique au cours des matières ; 2) grâce au spasme qui vient à certains moments s'adjoindre à la stase mécanique ; 3) à un stade ultérieur, par suite de la paralysie intestinale consécutive.

a) La constipation peut être symptomatique : d'un *obstacle mécanique* à la circulation des matières. Ainsi agissent les *compressions extrinsèques* de l'intestin: par exemple celles qui sont provoquées par des brides fibreuses, par des déplacements de l'intestin, par des tumeurs abdominales (fibromes utérins, kystes ou tumeurs de l'ovaire, etc.) ou l'utérus gravide, aussi bien que les *obstructions intrinsèques* résultant de tumeurs de l'intestin lui-même ou des rétrécissements consécutifs à la cicatrisation d'ulcérations produites au cours de la tuberculose intestinale ou de la dysenterie.

b) *La réduction du contenu intestinal* est la conséquence forcée des rétrécissement organiques ou spasmodiques de l'œsophage et du pylore ; au cours des diabètes ce n'est plus la réduction de la partie solide. mais celle de la partie liquide du contenu intestinal qu'il faut incriminer.

c) *La supression et l'altération de la sécrétion biliaire* amène la constipation : d'abord par diminution du contenu intestinal, la quantité journalière de bile excrétée par le foie étant voisine d'un litre ; ensuite par la suppression de l'excitation physiologique que la sécrétion biliaire excite sur la fibre musculaire intestinale. Aussi la constipation se rencontre-t-elle habituellement dans les grandes obstructions biliaires. Bien plus, elle est un phénomène fréquent dans cet état si intéressant que Gilbert et Lereboullet ont décrit sous le nom de cholémie simple familiale et qui est d'observation journalière.

d) Je dois vous citer encore, pour compléter ce tableau étiologique, *la paralysie intestinale* qui peut être produite par des maladies fort différentes telles qu'au cours de la péritonite ou de l'appendicite d'une part, ou des lésions médullaires destructives ou non d'autre part.

e) Les *spasmes de l'intestin*, en se formant en un ou plusieurs points du conduit, empêchent les matières de progresser vers l'orifice anal. C'est à des contractures de ce genre que Glénard rattache avec juste raison la constipation des entéroptosiques et les cordes coliques qui en sont le signe palpable ; c'est à elles également que donnent lieu l'intoxication saturnine (colique de plomb) et la fissure à l'anus, cette dernière agissant par voie réflexe. Aussi, dans certaines circonstances, les affections organiques du cerveau et de la moelle, ou bien les névroses et les psychoses.

f) Enfin les fautes habituelles dans l'hygiène générale et alimentaire interviennent souvent dans la genèse de la constipation symptomatique, mais je vous ai déjà entretenu de l'importance de ce facteur à propos des faux constipés.

Quand, à la suite d'un examen minutieux de son malade et d'une enquête étiologique soignée, le médecin n'arrive pas à découvrir une cause nette à une constipation invétérée, il en conclut qu'il a affaire à la constipation essentielle ou constipation habituelle primitive et, il faut bien l'avouer, malgré le nombre des conditions étiologiques variées énumérées plus haut, c'est une conclusion à laquelle en pratique on arrive souvent. La constipation essentielle est donc fréquente.

Mais tout d'abord l'existence de cette forme nosologique est-elle bien indiscutable ? Il est possible, probable même, qu'avec les progrès de la pathologie, la constipation idiopathique considérée comme entité morbide spéciale, disparaîtra de nos livres de pathologie, comme en ont disparu bien d'autres symptômes l'ictère ou la dyspnée, par exemple, considérés primitivement comme des affections distinctes et ramenées aujourd'hui au rang de simples éléments symptomatiques ; mais il n'en est pas moins vrai qu'à l'heure actuelle il existe un nombre considérable de sujets, dont la maladie ne s'explique par aucune des raisons étiologiques invoquées plus haut et pour qui, jusqu'à nouvel ordre et provisoirement, nous sommes obligés de conserver ce chapitre de la constipation idiopathique.

Il faut au reste avouer que la nature intime de cette entité morbide et ses origines réelles sont encore fort obscures. Pour Dunin, pour Bouveret, le syndrome n'est qu'une forme ou, si l'on veut, qu'un symptôme de la neurasthénie. Mais je vous l'ai déjà dit : si presque tous les neurasthéniques sont des constipés, il s'en faut que tous les constipés soient des neurasthéniques

Le neuro-arthritisme serait le seul coupable, s'il faut en croire d'autres médecins ; mais à l'heure actuelle il n'est pas de malade qui ne présente de manifestations de ce neuro-arthritisme, lequel a la prétention d'expliquer tant de faits pathologiques.

Il faut toutefois en convenir, car cela est conforme à l'observation clinique, la constipation essentielle est

plutôt une maladie du bourgeois que de l'ouvrier, du bureaucrate ou de l'intellectuel sédentaires que du travailleur du plein air, du citadin que du paysan, du mangeur de viandes que du végétarien, et chez ces victimes, les recrudescences sont plus de l'hiver que de l'été ; elle est très fréquente chez les obèses et les goutteux ; elle semble avoir pour certaines familles une prédilection spéciale ; une fois installée elle disparaît difficilement. « J'ai toujours eu le tempérament constipé » disent nos malades... Il faut ajouter que contrairement à la plupart des manifestations dites neuro-arthritiques, la constipation essentielle est particulièrement fréquente chez la femme.

On a expliqué la constipation essentielle par l'atonie ou même l'atrophie soit des tuniques musculaires de l'intestin, soit des sangles musculaires de la paroi abdominale, ou encore par la perte de la sensibilité normale de l'ampoule rectale qui ne réagit plus par le besoin de défécation, à l'excitation consécutive à l'arrivée des matières fécales à ce niveau. La première explication est insuffisante à expliquer la constipation spasmodique ; elle manque jusqu'ici de contrôle anatomique, la dernière me paraît beaucoup plus satisfaisante.

Quelle que soit la théorie pathogénique de la constipation idiopathique que l'on admette, il est indiscutable en tous cas qu'il existe deux variétés cliniques de constipation habituelle primitive : la forme spasmodique et la forme atonique ; toutes deux caractérisées par la perte de la sensibilité de la muqueuse intestinale au besoin de la défécation et par la suppression du réflexe consécutif, mais respectivement différenciées par un certain nombre de signes cliniques.

Dans la forme spasmodique, les matières sont ovillées et les boules isolées les unes des autres, ce qui résulte de la division et du remaniement du boudin fécal primitif par l'action des spasmes coliques ; à l'inspection, le ventre est d'ordinaire non distendu, tympanique mais plutôt plat, quelquefois en bateau ; à la palpation, l'intestin est contracturé et dur, surtout dans la région de l'S iliaque et du côlon descendant ; mais l'on peut éprouver à l'exploration de toutes les portions du côlon la sensation de la corde colique à laquelle Glénard attache une importance si considérable. L'intestin contracturé est souvent sensible, voire même douloureux à la palpation, on y peut sentir un chapelet de scybales durcies plus ou moins volumineuses. Parfois on trouve sur certains segments, la sensation mollasse d'intestin chiffon que nous allons retrouver dans la forme atonique. Il s'agit le plus souvent, alors, d'anciens constipés spasmodiques qui présentent en arrière de la localisation du spasme, une dilatation atonique due à la faiblesse de la fibre musculaire.

Chez les spasmodiques, le lavage de l'intestin est souvent très mal toléré et, surtout si la pression utilisée est un peu forte, le liquide est évacué aussitôt après son introduction dans le tube intestinal. Au point de vue de l'état général, les spasmodiques sont le plus souvent des nerveux excitables ; il ne faut cependant pas attacher plus d'importance qu'il ne convient à ce dernier signe ; beaucoup plus importants sont les premiers.

Dans la constipation atonique, la forme des matières se rapproche beaucoup plus du boudin normal et les scybales, lorsqu'elles existent, sont le plus souvent conglomérées. A l'inspection, l'abdomen est le plus souvent distendu, météorisé ; il est insensible à la palpation et l'exploration manuelle montre le cœcum et la région sigmoïdienne encombrés de matières fécales. Le cœcum est souvent gargouillant et sous la pression du doigt l'intestin donne la sensation d'une masse mollasse, pâteuse, sensation de l'intestin chiffon (de Langenhagen).

Ici, le lavement est bien toléré, et, dès la première tentative l'intestin se laisse distendre par un litre ou un litre et demi de liquide, sans réagir. La fibre musculaire a perdu sa contractilité. Généralement l'état nerveux général correspond à l'état de l'innervation intestinale et les malades dont il s'agit sont des déprimés, des atones.

On voit donc qu'il existe entre la forme spasmodique et la forme atonique des caractères distinctifs assez nets pour que le diagnostic en soit d'ordinaire aisé, ce qui a la plus grande importance au point de vue de l'intervention thérapeutique. Il y a cependant des circonstances où la différenciation est malaisée et l'on peut enfin observer, assez rarement il est vrai, des malades qui passent successivement d'une forme à l'autre.

Le traitement de la constipation accidentelle n'est pas difficile. Nombreux sont les moyens que le médecin a à sa disposition pour la combattre ; il n'a d'ordinaire que l'embarras du choix et trouve dans l'âge, le sexe, l'état de santé antérieur du sujet les raisons qui doivent guider son choix.

Quant au traitement de la constipation habituelle, il doit varier selon que celle-ci est symptomatique ou non. Dans le premier cas, la seule intervention rationnelle est de supprimer la cause du mal quand cela est possible, par exemple d'enlever le fibrome, le kyste de l'ovaire, de redresser l'utérus dévié, etc... Quand la cause des accidents ne peut être supprimée le traitement devient analogue à celui de la constipation essentielle, c'est-à-dire difficile, variable selon la forme et il doit mettre en œuvre : 1) la diététique appropriée ; 2) les modificateurs hygiéniques et les agents physiques (hydrothérapie, massage, gymnastique suédoise, électrothérapie) ; 3) les agents médicamenteux ; 4) les lavements et les suppositoires ; 5) les cures thermales, c'est-à-dire tout un arsenal thérapeutique dont l'emploi doit être soigneusement réglé (voir consultation médicale ci-après).

Consultations Médico-Chirurgicales

Constipation habituelle

Professeur H. Surmont.

La constipation est, de tous les symptômes observés dans la pratique courante de la ville, le plus fréquent. Elle peut

être, soit secondaire à une affection aiguë ou chronique dont elle constitue l'un des éléments, soit primitive, essentielle, et en apparence non reliée à un état pathologique antérieur : C'est à cette forme seule que s'applique à proprement parler le terme de constipation habituelle. C'est d'elle seule que nous nous occupons ici, et chez l'adulte seulement.

INFORMATIONS CLINIQUES. — On peut avec Soupault, définir la constipation, « la rétention et l'accumulation des matières fécales dans le gros intestin, quel que soit leur mode d'évacuation au dehors ». Cette dernière partie de la définition est importante à retenir en pratique, car elle permet au point de vue du traitement de ranger à leur vraie place, à côté des constipés conscients, les constipés sans le savoir.

La constipation peut être horaire (selles rares), quantitative (selles de volume réduit), qualitative (selles dures, sèches) selon les expressions de Lasègue. Ces *constipations dissociées* sont importantes à connaître au point de vue diagnostique, mais elles sont plus rares que la *constipation totale* dans laquelle les selles sont à la fois rares, réduites et dures.

La constipation chronique habituelle aboutit souvent à l'entéro-colite muco-membraneuse ; mais ce syndrôme clinique, à cause de son importance, mérite une description à part ; nous ne nous en occupons pas ici, non plus que de la paralysie intestinale complète ou iléus paralytique, à laquelle pourrait, dit-on, quelquefois aboutir la constipation invétérée.

La constipation habituelle entraîne à sa suite des signes de dyspepsie gastrique plus ou moins accusés. L'appétit est diminué, l'haleine est forte, parfois véritablement fétide, la langue saburrale avec les bords et la pointe souvent rouge ou au contraire étalée, flasque, portant l'empreinte des dents. Il existe à peu près constamment des troubles nerveux, allant de la pesanteur de la tête et de la céphalée simple aux troubles neurasthéniques graves, même à la véritable vésanie. Le mauvais caractère des constipés est connu de tous.

En dehors de ces troubles nerveux qui sont : soit d'ordre réflexe, soit d'ordre toxique, soit à la fois d'ordre réflexe et d'ordre toxique, on peut observer des troubles circulatoires comme les palpitations, des troubles mécaniques comme les hémorrhoïdes, les compressions pelviennes chez la femme, qui, joints aux troubles précédents, arrivent à déterminer un état général plus ou moins défectueux allant jusqu'aux limites de la cachexie.

Il est impossible, au milieu des multiples variations que créent l'ancienneté du mal, les prédispositions individuelles, la multiplicité des troubles secondaires et les degrés divers de la rétention fécale, de créer des types cliniques répondant à la réalité : **chaque constipé réagit à sa façon.**

L'examen de l'abdomen montre le ventre ou bien ballonné, tympanique, ou bien mou et flasque. La palpation permet d'y trouver tantôt des amas stercoraux ou des scybales, tantôt des boudins intestinaux et surtout coliques, contracturés sous forme de cordes dures, plus ou moins douloureuses, tantôt un intestin mollasse, chiffon, glissant mollement sous le doigt et plus ou moins gargouillant.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Ces divers états : du ventre, ballonné ou rétracté ; de l'intestin mollasse ou contracturé, distendu ou rétracté ; des selles, en boudin ou fragmentées, grosses ou petites ; l'absence ou l'existence de contractions intestinales visibles sous la peau soit spontanées, soit provoquées par des excitations légères, l'admission facile dans l'intestin de lavements d'un volume considérable, ou sa révolte après quelques centaines de grammes, sont autant de signes qui légitiment la distinction de la constipation en deux variétés pathogéniques, la ***constipation atonique***, et la ***constipation spasmodique***. Or, ces deux variétés de constipation nécessitent un traitement fort différent, on pourrait presque dire inverse l'un de l'autre.

A la constipation atonique se rattachent habituellement les cas dans lesquels le point de départ de la constipation semble être une anesthésie de la muqueuse de l'ampoule rectale qui devient insensible à la présence des matières fécales et ne réagit plus à leur présence par la sensation du besoin de la défécation.

TRAITEMENT. — Avant d'instituer tout traitement de la constipation chronique se rappeler : 1) qu'il y a beaucoup plus de constipations symptomatiques qu'on ne le croit communément, d'où la nécessité d'un examen complet du malade ; 2) qu'il est indispensable de différencier l'une de l'autre les deux variétés pathogéniques et cliniques citées plus haut ; 3) qu'il n'y a pas de syndrôme clinique où le traitement hygiénique soit plus important et où le traitement médicamenteux mal dirigé puisse être plus nuisible.

I. — *CONSTIPATION ATONIQUE*

A) Diététique. — Dans la prescription du régime, se rappeler qu'il importe d'**éviter les aliments facilement fermentescibles** et capables d'augmenter les troubles prenant leur source dans l'auto-intoxication gastro-intestinale.

Ce qu'il faut éviter. — On laissera donc de côté : le gibier, les coquillages, les crustacés, la charcuterie, les fromages (sauf le fromage frais), les poissons conservés et, d'une façon générale, toutes les conserves alimentaires. On évitera certaines légumineuses comme les pois, les haricots, qui augmentent les gaz intestinaux, le riz et les pâtes alimentaires qui, chez quelques malades, ont le même inconvénient et laissent peu de résidus. On ne permettra que peu de pommes de terre. On déconseillera également les fruits astringents, les confitures, les sucreries, qui augmentent trop

les fermentations gastro-intestinales, le vin pur, surtout les vins riches en tanin (vins rouges de Bordeaux, de Bourgogne), les liqueurs, le café, le thé.

Ce qu'il faut rechercher. — Parmi les viandes on conseillera : le bœuf, le mouton, le veau, l'agneau, les volailles. Ces viandes seront permises grillées, rôties, braisées ou bouillies. Quand l'état de l'estomac le permettra, on autorisera l'usage de la graisse, de préférence sous forme de beurre. On permettra le porc rôti, le jambon, les viandes fumées. On permettra également le poisson bouilli, les œufs. Dans le but de faciliter la formation du bol fécal, on aura recours aux légumes qui laissent beaucoup de déchets cellulosiques. L'usage de pain complet, de pain de seigle, de pain Kneip, sera conseillé dans le même but. Comme légumes, on permettra l'usage des lentilles non décortiquées, des choux, des choux-fleurs, choux de Bruxelles (très soigneusement lavés), des purées de navets, des carottes, des épinards, des salades cuites. Comme dessert, les crèmes crues ou cuites, les flans, les biscuits secs, les fruits crus et surtout cuits, les oranges, les mandarines, les raisins, le pain d'épices, le miel.

A propos de la diététique, se rappeler que l'usage du miel, des fruits cuits, des oranges, des raisins, se montre particulièrement utile, soit le matin à jeun, soit au petit déjeuner du matin.

Comme boisson on recommandera aux différents repas : l'usage du café au lait, du petit lait, de la bière jeune et de l'eau ordinaire, soit pure, soit additionnée d'un peu de vin blanc léger.

B) Modificateurs hygiéniques et agents physiques. — Ils ont pour but de stimuler la contractilité intestinale défaillante, soit en s'adressant à l'état général seulement, soit en agissant directement sur l'intestin. S'adressent à l'état général, l'exercice sous forme de marche, de bicyclette, de canotage, les séjours à l'altitude ou à la mer qui ont souvent un effet fort utile. Mais nous laisserons ici de côté ces moyens généraux d'action, pour ne nous occuper que de ceux qui s'attaquent directement à la constipation.

α) En tête de ces moyens vient l'**hydrothérapie**. C'est surtout l'hydrothérapie froide qui est indiquée dans ces cas, soit sous forme de douches générales très courtes à la lance avec jet brisé, soit même sous forme de douches abdominales extrêmement douces. Ce dernier moyen est très délicat, même dangereux, et ne peut être appliqué que par un médecin rompu à la pratique hydrothérapique. Les douches peuvent être remplacées par la lotion générale froide pour les malades qui, faute de temps ou d'installation, ne peuvent pas prendre de douches.

Localement, l'eau froide donne les meilleurs résultats sous la forme de **compresse froide** appliquée sur le ventre, le matin au réveil. Pour cela, on prend une serviette trempée dans de l'eau aussi froide que possible, on la tord, on l'applique sur le ventre. On recouvre d'un taffetas imperméable puis d'une ceinture de flanelle et on garde une demi-heure. On peut encore avoir recours au cataplasme froid appliqué sur le ventre et maintenu une vingtaine de minutes.

L'ingestion d'un grand **verre d'eau** ordinaire froide, le matin à jeun, produit un effet utile chez un grand nombre de malades ; il en est de même du grand **lavement froid**.

β) Après l'hydrothérapie vient le **massage**. C'est un des meilleurs moyens d'action contre la constipation atonique et un de ceux qui donnent les résultats les plus durables ; mais il faut qu'il soit fait par un médecin expérimenté, non pas par un empirique ignorant.

A côté du massage se rangent les mouvements de la **gymnastique suédoise**, qui ont pour but de renforcer les muscles de la sangle abdominale généralement défaillants chez les constipés. Ce sont surtout les mouvements alternatifs de flexion et d'extension du tronc accompagnés de mouvements respiratoires profonds qui donnent les meilleurs résultats.

γ) L'**électrothérapie** peut, comme le massage et l'hydrothérapie, être appliquée à la constipation habituelle atonique. Ce sont surtout les courants faradiques, puis galvaniques, et l'électricité statique qui donnent les meilleurs résultats. L'essentiel est, au reste, non pas d'obtenir une diminution immédiate de la constipation, mais une amélioration durable.

C. Agents médicamenteux. — *a*) Parmi les agents médicamenteux il faut essayer tout d'abord ceux qui agissent d'une façon surtout mécanique en facilitant la formation et le glissement du bol fécal et en excitant la sensibilité réflexe de la muqueuse. Ils ont l'avantage de ne pas déterminer d'accoutumance rapide et de pouvoir être continués longtemps sans inconvénients.

α) Dans cet ordre d'idées, je citerai comme donnant les meilleurs résultats : 1° la **graine de psyllium**, à la dose de trois cuillerées à café par jour, une à chaque repas, délayer la graine dans un peu d'eau fraîche au moment d'avaler ; 2° la **graine de lin mondée**, à la dose de trois cuillerées à soupe prise de la même façon.

β) Viennent ensuite les **huiles** qu'on peut, suivant l'énergie de leur action, classer de la façon suivante : huile d'amandes douces, huile d'olives, huile de ricin. Une cuillerée à café d'huile de ricin tous les soirs, deux heures après le repas, donne, au bout de quelques jours, un heureux résultat. Pour les personnes à qui il répugne de l'absorber en nature, on peut la prescrire en capsules, tout en se méfiant des enveloppes dures qui ne se dissolvent que très mal. Si l'absorption le soir ne donne pas de résultats, on peut renforcer l'action du médicament par la prescription d'une seconde dose le matin à jeun. C'est également le matin qu'il faut faire prendre les médicaments chez les

sujets plus rares chez lesquels l'action de la médication est hâtive, ce qui les oblige à se lever la nuit.

b) Dans une seconde catégorie peuvent se ranger les médicaments cholagogues qui agissent indirectement en augmentant la production de la bile, laquelle est, comme on le sait, un excitant physiologique du péristaltisme intestinal.

C'est ainsi qu'agit le **calomel** à petites doses, au moins d'après l'opinion de la majorité des cliniciens, ce petit point de physiologie expérimentale n'étant pas encore tout à fait élucidé.

Calomel à la vapeur...... o gr. 02 pour une pilule
F. S. A. 10 pilules semblables. Une tous les matins, dix jours de suite.

Surveiller la bouche en raison de l'hydrargyrisme possible dans cette médication.

C'est également en partie de cette façon qu'agissent un certain nombre des laxatifs que nous citerons plus loin et certaines eaux minérales naturelles purgatives; mais il faut toujours **se méfier dans le traitement méthodique de la constipation, de l'emploi des purgatifs salins naturels ou artificiels,** et les réserver pour les moments où il est nécessaire de vider l'intestin après une période de constipation prolongée.

c) Plus recommandables sont les agents qui ont la propriété d'agir sur la contractilité des fibres musculaires en général et de celles de l'intestin en particulier.

α) A ce point de vue, chacun connaît l'influence de la **nicotine** sous forme d'une cigarette ou d'une pipe fumée le matin à jeun. La **strychnine**, l'**ergotine** donnent aussi quelquefois des résultats appréciables. On peut les utiliser pures ou plus souvent associées aux purgatifs qui agissent par exagération du péristaltisme intestinal comme le **séné** et la **cascara sagrada**.

Nous conseillons de **laisser complètement de côté l'aloès, la gomme gutte, le jalap,** qui doivent être proscrits du traitement de la constipation habituelle à cause de l'énergie de leur action et réservés pour des indications occasionnelles, de **ne pas prescrire la rhubarbe** qui plus que les autres laxatifs de la série passe pour exagérer la constipation après une amélioration de courte durée. Il faut pourtant savoir qu'à doses faibles, o gr. 50 à 1 gr. par jour, ce dernier médicament produit parfois d'excellents résultats.

On peut prescrire par exemple :

Sulfate de strychnine . . un milligramme (0,001)
pour un granule. Faire XXX semblables. Trois par jour, un à chaque repas.

Alterner de jour à autre ce médicament avec

Poudre de cascara . . . . o gr. 25 cgr.
en un cachet. A prendre au repas du soir, un jour sur deux.

La poudre de cascara peut être remplacée par l'extrait à la dose de o gr. 10 cgr. par pilule ou la cascarine à même dose. La quantité du médicament peut être augmentée selon les besoins et la prise répétée tous les jours. La strychnine, au lieu d'être prescrite un jour sur deux, peut l'être trois ou quatre jours consécutifs par semaine.

β) Le **séné** donne aussi d'excellents résultats. Il fait la base de la poudre de réglisse composée du Codex et de quantité de spécialités réputées. Il est bon, pour éviter les coliques qui suivent son emploi, de toujours prescrire le lavage soigné à l'alcool des follicules de séné, et, pour avoir de la poudre fraîche et active, de prescrire des préparations magistrales différentes d'un malade à l'autre et plus ou moins rapprochées de la suivante :

Poudre fraîchement préparée de follicules de séné soigneusement lavés à l'alcool.	10 grammes
Soufre sublimé et lavé.	5 »
Poudre de fenouil	àà 2 gr. 50
Poudre de réglisse	
Sucre pulvérisé	5 grammes

dont on donne une cuillerée à café tous les soirs ; ou tous les matins chez les sujets qui sont particulièrement sensibles au médicament. La dose peut être augmentée. On peut ajouter à la formule précédente, si on le juge bon, un peu de poudre de noix vomique dans la constipation atonique, un peu de belladone dans la constipation spasmodique ou de la magnésie calcinée comme poudre absorbante.

d) Aux médicaments précédents viennent s'adjoindre ceux qui passent pour être en même temps cholagogues et excitants de la sécrétion intestinale.

Sont surtout recommandables le **podophyllin** et l'**évonymine**. La cascarine pourrait également être rangée dans cette classe. On peut prescrire :

Podophyllin . . .	o gr. 02
Savon médicinal .	o » 01

pour une pilule. Une ou deux chaque jour.

Evonymine . . .	o gr. 04
Savon médicinal .	Q. S.

pour une pilule. Une ou deux chaque jour.

Tels sont les principaux médicaments dont nous conseillons l'emploi dans le traitement de la constipation habituelle atonique, en nous basant sur notre pratique personnelle. Quand les médicaments précédents formulés isolément ne réussissent pas, on se trouve quelquefois bien de leur réunion en des mélanges complexes dont on peut varier la formule à l'infini et qui forment la base des spécialités nombreuses plus ou moins en vogue.

Il ne faut jamais oublier l'importance pratique des préceptes suivants : 1) le **traitement diététique et hygiénique doit toujours avoir le pas sur le traitement médicamenteux**; 2) **les médicaments doivent toujours être employés à dose faible, tonique,** pour ne pas forcer rapidement une contractilité musculaire déjà défaillante ; 3) **il y a généralement intérêt, pour le malade, à ne pas prolonger longtemps l'usage d'un médicament donné**; à le quitter pour y revenir ensuite, de façon à éviter l'accoutumance.

D. Lavements, suppositoires. — Les lavements sont d'un grand secours dans le traitement de la constipation atonique. L'assuétude qu'accusent assez rapidement nombre de malades, tient, en grande partie, à l'habitude qu'ont la plupart d'entre eux d'augmenter graduellement la quantité de liquide absorbée chaque fois et de résister le plus longtemps possible à l'envie d'aller à la selle, ce qui les amène à forcer progressivement la contractilité déjà faible de leur intestin.

α) Les lavements le mieux indiqués dans la constipation atonique sont naturellement ceux qui ont le plus de chances de réveiller la contractilité intestinale. Nous avons déjà signalé plus haut le **grand lavement froid.** On peut aussi utiliser, dans le même but, le lavement d'eau bouillie, utilisée aussi chaude que possible, c'est-à-dire de 40° à 45°. On connaît l'action de ces températures élevées sur la fibre musculaire lisse.

β) On aura encore recours avec profit aux lavements additionnés de substances susceptibles d'exciter localement la contractilité musculaire intestinale, ou même de provoquer des phénomènes d'osmose particulièrement intenses ; on utilisera dans ce but le sel de cuisine, le sucre, la glycérine. Se rappeler que **les lavements ainsi prescrits doivent être peu copieux,** de 250 grammes au maximum, gardés quelque temps dans l'intestin et assez concentrés, l'intensité de leur action étant fonction de leur concentration.

On prescrira par exemple pour 250 grammes d'eau bouillie 15 à 30 grammes, soit une à deux cuillerées à soupe non débordantes de **sel de cuisine**, ou encore deux à trois cuillerées à soupe de **cassonade** ou de miel roux, ou encore deux à quatre cuillerées à soupe de **glycérine** bien neutre. Le moment le plus recommandable pour l'absorption de ces lavements nous semble être l'heure qui suit le repas du matin ou celui du soir, alors que l'évacuation gastrique a commencé à mettre physiologiquement en branle le péristaltisme intestinal.

γ) L'action des suppositoires, soit au beurre de cacao, soit à la glycérine, est en tout point analogue à celle des lavements. Il en est de même des petits lavements composés d'une cuillerée à potage de glycérine pure, qu'on additionne d'une ou deux fois son volume d'eau.

Les lavements et suppositoires excitants, signalés en dernier lieu, ne doivent pas être d'un usage quotidien, car ils entraînent alors l'apparition d'un catarrhe colique ou rectal qui oblige à en suspendre l'emploi et est toujours une complication fâcheuse. Lavements et suppositoires conviennent plus particulièrement aux malades qui se plaignent de n'éprouver jamais le besoin d'aller à la garde-robe, et chez lesquels la constipation paraît liée à une diminution de la sensibilité du rectum. C'est à eux également qu'il faut le plus fréquemment rappeler le précepte de Trousseau, de se présenter au cabinet sous les jours à la même heure.

E. Cures thermales. — Elles interviennent à la fois par leur action sur l'état général du sujet, action due à la nature même des eaux, aux conditions climatologiques générales du lieu de cure, aux modificateurs hygiéniques (douches, etc.,) utilisés en même temps, et, par leur action locale, laxative ou mécanique (douches ascendantes). Toutefois, il faut savoir que les indications respectives de chaque source ne sont pas encore bien nettement établies et que les résultats définitifs sont souvent douteux, si l'effet utile immédiat est presque toujours obtenu. Les stations françaises les plus indiquées, dans la forme qui nous occupe, sont : **Chatel-Guyon**, **Brides** et **Aulus**, les deux premières surtout, dans les cas où la constipation habituelle s'accompagne de troubles hépatiques marqués.

Il est indispensable toutefois d'ajouter à ces stations celles, de plus en plus nombreuses, où sont bien installées des douches ascendantes. Toutes peuvent être utiles, quand il existe, dans l'état général ou dans un trouble fonctionnel d'autres appareils, une indication de leur emploi ; et leurs heureux résultats confirment bien l'opinion exprimée plus haut, qu'il y a beaucoup moins de constipations habituelles atoniques primitives qu'on ne le croit.

Les **cures de raisin** et de **petit lait** ont aussi une influence heureuse incontestable soit par elles-mêmes, soit grâce aux influences heureuses qu'ajoutent le climat et une hygiène générale soigneusement ordonnée par les médecins habitués à diriger ces cures.

II. — CONSTIPATION SPASMODIQUE.

Avant d'instituer tout traitement dans cette variété de constipation, il est nécessaire de se bien convaincre et de bien convaincre le malade que la cure sera longue, difficile, parsemée de rechutes, que pour la mener à bien il faut autant de patience et de persévérance au médecin qu'au malade, enfin que la moindre imprudence peut être le point de départ de rechutes ennuyeuses et prolongées.

A) Diététique. — Le régime doit être beaucoup plus sévère que dans la forme atonique. Il faut prévenir ses malades que **le moindre écart peut leur faire perdre du terrain** péniblement gagné par des semaines d'observance fidèle.

On laissera donc complètement de côté tous les aliments fermentescibles ou grossiers, énumérés plus haut. On ne permettra le bœuf et le mouton que rôtis ou grillés, et on recommandera surtout l'emploi de la viande blanche et de la volaille rôties, ou bouillies, et des poissons maigres bouillis. On déconseillera le pain complet et les crucifères cuites, permis aux atoniques. Contrairement aux habitudes courantes, on ne permettra pas trop d'herbes cuites. Celles-ci ont l'inconvénient de ne pas avoir de valeur alimentaire suffisante et de laisser de gros déchets qui surchargent l'intestin. On leur préférera donc les purées de pommes de terre, de châtaignes et de légumineuses décortiquées.

On autorisera aussi les potages au bouillon bien dégraissé qu'on pourra corser avec des farines d'orge, d'avoine, de tapioca et additionner, pour activer les contractions stomacales, de peptone, en évitant les grosses doses qui fermentent facilement.

Les graisses permises aux atoniques seront défendues aux spasmodiques, sauf le beurre frais qui est le plus souvent bien supporté.

L'interdiction du vin pur, des liqueurs, du café, du thé, du lait pur et complet, sera absolue. La boisson la meilleure pour ces malades est sans contredit l'eau ordinaire pure. En cas de dénutrition avancée on peut lui préférer passagèrement le képhir, le lait écrémé ou coupé d'eau, le petit lait, ou encore, en cas de paresse gastrique absolue, une infusion chaude de tilleul. Quand le malade va mieux, l'eau peut être coupée de moitié bière du Nord légère et jeune non acide, ou d'un quart de bière de malt.

Les malades atteints de constipation spasmodique se trouveront mieux de petits repas répétés que des trois grands repas habituels.

B) Modificateurs hygiéniques et agents physiques. — A l'encontre de ce qui se faisait dans la forme atonique, c'est surtout une action calmante, sédative pour le système nerveux central, et l'appareil neuro-musculaire intestinal, qu'il faut chercher.

α) L'hydrothérapie est donc indiquée au premier chef; mais c'est à **l'hydrothérapie tiède** qu'on aura exclusivement recours, sous forme soit de douches, soit de bains courts et fréquents. Toutefois, dès que cela sera possible, on fera suivre la douche tiède d'un jet froid très court, en ayant soin d'éviter absolument le ventre, pour obtenir un effet toni-sédatif. Le bain tiède sera de même suivi d'une friction froide ou d'une friction alcoolisée.

β) Localement, l'action sédative de la chaleur sera utilisée humide, sous forme de **cataplasmes** qui seront gardés toute la nuit ou bien sous forme d'ouataplasmes, ou de compresses imbibés d'une solution antiseptique légère, telle que l'eau boriquée. Toutefois, ces applications sont plus difficiles à garder toute la nuit et, quand le malade supporte le poids du cataplasme, c'est le moyen qui réussit le mieux. Interposer toujours un linge propre, fin, entre le cataplasme et la peau. La chaleur sèche peut être utilisée sous forme de **sacs de sable** ou de son, très appréciés d'autres patients.

γ) Le **massage vibratoire** seul trouve son indication dans la constipation spasmodique. Il peut être fait soit avec la main, soit avec les appareils spéciaux ; il ne faut le confier qu'à un médecin. Le massage ordinaire du ventre et la gymnastique suédoise sont contre-indiqués.

δ) Il ne faut également avoir recours qu'avec la plus grande prudence à **l'électrothérapie**, bien que les douches statiques et les courants à haute fréquence paraissent avoir donné quelques rares succès.

ε) Les prescriptions d'hygiène générale relatives à l'exercice, au travail intellectuel, aux divers séjours à conseiller au malade, doivent toujours être guidées par la préoccupation d'éviter toutes les causes d'excitation nerveuse et de chercher en tout l'action toni-sédative fondamentale chez ces malades.

C) Agents médicamenteux. — α) De même que dans la constipation atonique, mais à plus petites doses, et en redoublant de précautions, on peut prescrire les agents mécaniques : graine de psyllium, graine de lin, les huiles, qui augmentent la contractilité réflexe intestinale : huile d'amandes douces, huile d'olives et même les huiles purgatives, telles que l'huile de ricin ou les purgatifs cholagogues, telles que le podophyllin ou l'évonymine. Mais ces derniers médicaments dont l'action sur la fibre intestinale est énergique, et qui déterminent parfois des coliques violentes, doivent toujours être associées à la belladone ou à la jusquiame, de même que la cascara et le séné qui, à petites doses également, peuvent avoir un effet utile.

β) Les **laxatifs sucrés** qui sont d'ordinaire réservés à la médecine des enfants, tels que la manne, sont susceptibles de rendre des services aux adultes dans cette variété de constipation. On peut prescrire

Manne en larmes . . . . 20 à 40 gr.
dans du café au lait chaud au premier déjeuner.

γ) Mais les médicaments de choix sont les antispasmodiques et particulièrement deux d'entre eux : la **belladone** et la **jusquiame**, bien qu'ils passent pour être à petites doses excitateurs de la fibre musculaire intestinale. On peut essayer de les prescrire seuls sous forme de pilules, une à chaque repas, en les adjoignant au traitement hygiénique et diététique. La formule de Trousseau est toujours en honneur.

Extrait de belladone . . . .
Poudre de belladone . . . . } ãã 0 gr. 01 cgr.
une à quatre pilules par jour, soit aux repas, soit le soir.

Extrait aqueux de jusquiame . . . .
Poudre de jusquiame . . . . } ãã 0 gr. 04 cgr.
une à cinq pilules par jour, soit aux repas, soit le soir.

Plus souvent on se trouve mieux de les associer à l'un quelconque des laxatifs, que nous avons indiqués plus haut. Il nous paraît inutile de reproduire avec cette addition les formules déjà données plus haut.

D. Lavements. — Les lavements qui donnent les meilleurs résultats, dans la constipation spasmodique, sont incontestablement les **lavements huileux** qu'on a pu considérer comme presque spécifiques de l'affection (Fleiner). Nous les prescrivons de deux façons : un lavement abondant de 400 gr. d'huile d'olives tiède introduit avec une canule de 20 à 25 centimètres de long, jusque dans l'S iliaque est pris le matin, au réveil, dans le décubitus horizontal et gardé aussi longtemps que possible ; après trois à quatre heures, un lavement évacuateur simple est donné, si nécessaire. Ou bien, ce qui vaut mieux dans le traitement méthodique de

la constipation habituelle, un lavement de 100 gr. d'huile d'olives ou d'huile d'amandes douces est pris avec les mêmes précautions le soir au coucher, gardé toute la nuit et rendu le lendemain matin, soit spontanément, soit après lavement évacuateur, ou usage d'un suppositoire glycériné. Nous recommandons vivement ce procédé de traitement.

E. Cures thermales. — C'est encore ici l'action sédative qu'il faut rechercher avant toutes les autres et les cures de Plombières, de Luxeuil, de Néris même, donnent des résultats parfois excellents. La réputation de Plombières, en particulier, n'est plus à faire.

III. — OBSTRUCTION STERCORALE

Il faut ajouter que, malgré tous les moyens employés, certaines constipations, surtout chez la femme, résistent à tous les efforts. Il se fait chez ces malades une accumulation de matières de plus en plus abondante, aboutissant à une véritable obstruction stercorale, pour la cure de laquelle le médecin est acculé à l'emploi des purgatifs salins ou huileux à hautes doses, des drastiques, du lavement électrique, quelquefois du curage du rectum. Nous n'indiquerons pas ici les détails de ces différents moyens d'action. Répétons encore une fois, qu'il faut autant que possible éviter d'y avoir recours, et c'est dans ce but qu'on a imaginé et perfectionné depuis quelques années, la pratique des lavages de l'intestin.

Lavage de l'intestin. — Ce sont surtout les malades atteints de constipation atonique qui supportent bien l'entéroclyse; les spasmodiques souvent y sont rebelles, soit à cause des douleurs qu'elle provoque chez eux, soit à cause de l'impossibilité qu'ils éprouvent à faire pénétrer une quantité de liquide suffisante, l'intestin contracturé rejetant la sonde et le liquide dès l'introduction des premières centaines de grammes de liquide.

Etre bien convaincu que sauf de rares exceptions, quand l'entéroclyse est mal supportée ou douloureuse, c'est qu'elle est trop excitante, soit à cause de la température, soit à cause de la force de percussion, soit à cause de la composition du liquide. La température doit se rapprocher d'autant plus de la température indifférente 38°, que le sujet est plus sensible. La pression ne doit pas dépasser 20 à 40 centimètres d'eau. En moyenne, la composition doit être celle du sérum artificiel, deux cuillerées à café de **sel de cuisine** fin pulvérisé pour un litre d'eau. Pour les sujets très sensibles, on peut utiliser encore la décoction de **racines de guimauve**, 10 à 20 gr. pour un litre d'eau, ou de **graines de lin**, 10 à 20 gr. par litre. Ces préparations peuvent, dans certains cas, être additionnées soit de **salicylate de soude**, 1 à 2 gr. par litre, qui joint à ses qualités d'antiseptique l'avantage d'être un excellent cholagogue, soit d'**ichthyol**, une cuillerée à café pour deux litres d'eau bouillie, qui est un excellent modificateur des muqueuses, de la muqueuse intestinale en particulier.

Le lavage de l'intestin doit se faire dans le décubitus horizontal, avec une pression très faible. Dans les conditions habituelles on ne doit jamais dépasser 50 centimètres d'élévation du réservoir au dessus du plan du lit. Dans ces conditions le passage du liquide dans l'intestin est très lent, il faut compter 10 à 15 minutes par litre d'eau. La quantité utilisée pour un lavage varie d'un à deux litres, selon les malades. Aussi est-il nécessaire que le patient soit installé confortablement. Le lavement est rendu dès que le besoin s'en fait sentir. Si le besoin tarde, un peu de marche et quelques mouvements de gymnastique suédoise en provoquent généralement l'apparition.

L'appareil le plus commode pour les lavages de l'intestin est le bock à injections. On adapte au robinet qui termine le tube en caoutchouc une longue sonde à irrigations intestinales en caoutchouc rouge, souple, de cinquante à soixante centimètres de long. Il est indispensable que cette sonde ait un ou plusieurs orifices latéraux : si elle n'a qu'un orifice terminal elle s'obstrue infailliblement à chaque opération. La plupart des patients arrivent assez rapidement à l'introduire en totalité dans l'intestin ; il faut pour cela huiler très largement, et quand elle s'arrête en chemin ouvrir le robinet et laisser entrer dans l'intestin une petite quantité d'eau qui fraye le chemin.

Dans la constipation habituelle les lavages de l'intestin sont non seulement une ressource précieuse contre les obstructions stercorales, mais encore un adjuvant utile des traitements méthodiques préconisés plus haut, en ce sens que, s'opposant à la stagnation des matières dans les loges du colon, ils facilitent la contraction normale des muscles intestinaux, préviennent l'irritation de la muqueuse due au contact des matières durcies et diminuent en outre les phénomènes d'auto-intoxication et l'excitation réflexe consécutive. Leur emploi est des plus recommandables.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Sur la proposition du **Comité consultatif d'hygiène de France**, le Ministre de l'Intérieur, par arrêté en date du 17 mars 1902, a accordé une *médaille d'or* à M. le docteur Thibaut, agrégé, pour sa participation dévouée et ses travaux spéciaux au Conseil central d'hygiène du Nord. Nous adressons à notre collègue nos bien cordiales félicitations pour cette distinction méritée.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 281. Sixième Année. N° 22. Le Numéro : **10** centimes. 1er Juin 1902

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un cas de sclérodermie symétrique diffuse (1)

par le docteur **E. Bertin**, ancien interne des hôpitaux de Lille

Pendant notre internat dans le service de M. le Professeur CHARMEIL, à l'Hôpital Saint-Sauveur, nous avons eu la bonne fortune d'observer un cas assez caractéristique de sclérodermie progressive diffuse La maladie a depuis lors évolué, presque sous nos yeux, et quand nous avons revu le sujet, il y a peu de temps, il se présentait comme un type à peu près classique de cette affection.

Il n'était pas sans intérêt de rapporter cette observation d'une maladie qui, sans être tout à fait rare, n'est pas extrêmement fréquente. Il nous a paru en même temps utile de rappeler en peu de mots, à propos de malade, sous quelles formes peut se présenter la sclérodermie, quels en sont les symptômes, ce que nous connaissons de son étiologie et de sa pathogénie, quelle est la thérapeutique qu'on peut lui opposer. Nous voudrions en un mot mettre au point cette question en résumant aussi brièvement que possible l'état actuel de nos connaissances sur elle.

Mais auparavant, il est nécessaire de limiter notre sujet et de préciser ce qu'il faut entendre par sclérodermie. Car si l'on s'en tient au sens étymologique du mot, on doit grouper sous ce nom toutes les maladies caractérisées par une hypertrophie du tissu conjonctif. C'est faire rentrer dans le même cadre des affections totalement différentes, le sclérème des nouveau-nés, la sclérodermie œdémateuse, la sclérodermie progressive chronique d'emblée, les morphées et les sclérodermies localisées, etc..., affections qui ne présentent entre elles que quelques ressemblances histologiques et que la clinique a nettement séparées.

BESNIER et DOYON (1) ont les premiers insisté sur l'impossibilité de s'en tenir à la définition histologique pour grouper les sclérodermies, et, se basant sur la clinique, ils distinguent :

A. *Les sclérémies*, sclérémie des adultes, sclérodermie œdémateuse de HARDY, sclérose aiguë ou subaiguë de la peau, massive, évoluant d'emblée à la manière des œdèmes.

B. *Les dermato-scléroses localisées partielles*, systématisées ou non, comprenant la morphée, les dermato-scléroses en plaques, bandes, stries, etc...,

C. *La sclérodermie progressive chronique d'emblée*, maladie générale, ayant pour localisations cutanées des scléroses régionales plus ou moins étendues et multiples, symétriquement développées — face, membres, extrémités (sclérodactylie de BALL) — et comportant des localisations extra-cutanées multiples, musculaires, osseuses, splanchniques.

Plus rigoureuse est la division de BROCQ, qui distingue :

A. *Des sclérodermies secondaires*, consécutives à des inflammations répétées, à des œdèmes chroniques, etc...,

(1) Mémoire de candidature, à la *Société centrale de Médecine du Nord*.

(1) BESNIER et DOYON. Annotations du Traité de Kaposi, T. II, p. 92.

se rapprochant beaucoup de l'éléphantiasis, et décrites d'ordinaire sous le nom de pachydermites ou sclérodermies secondaires.

B. *Le sclérème des nouveau-nés*, maladie du premier âge, très grave, et qui semble être en rapport avec l'athrepsie.

C. *Les sclérodermies spontanées idiopathiques*, qui se divisent elles-mêmes en deux variétés :

1° Les sclérodermies primitives diffuses, dans lesquelles rentrent :

A. *La sclérodermie généralisée diffuse progressive.*

B. *Les sclérodactylies.*

2° Les sclérodermies en plaques, qui se divisent en :

A. *Morphées*, ou sclérodermies en plaques proprement dites.

B. *Dermato-scléroses en bandes.*

De cette division, il résulte qu'il est tout un groupe de dermato-scléroses, auxquelles BROCQ donne le nom de sclérodermies spontanées idiopathiques, qui se distinguent des autres formes par leurs symptômes, leur marche, leur étiologie, leur pronostic. Nous éliminerons donc de notre étude tout ce qui ne se rattache pas à cette entité morbide spéciale, c'est-à-dire les sclérodermies secondaires et le sclérème des nouveau-nés, et nous ne nous occuperons ici que des sclérodermies primitives, diffuses ou localisées.

Historique. — En 1817, ALIBERT décrivit pour la première fois, sous le nom de sclérémie, l'affection qui nous occupe. Bien avant lui, il est vrai, HELVETIUS en 1678, CURCIO en 1752, HENKE en 1809 avaient signalé des cas de sclérose de la peau, maladie complètement ignorée à cette époque : et même, s'il faut en croire M. MARTY, HIPPOCRATE et GALIEN nous ont laissé des observations assez précises, dans lesquelles on peut retrouver tous les symptômes de la maladie connue aujourd'hui sous le nom de sclérodermie.

Quoi qu'il en soit, c'est à ALIBERT que revient l'honneur d'avoir groupé ces faits en apparence dissemblables, d'y avoir ajouté les résultats de ses observations personnelles pour créer de toutes pièces l'entité morbide à laquelle il donna le nom de sclérémie ; et la description qu'il nous en laisse est encore exacte aujourd'hui.

Après lui THIRIAL, en 1848, décrivit à son tour sous le nom de sclérème des adultes, l'affection désignée par ALIBERT sous le nom de sclérémie ; et quelques années plus tard, en 1854, GILLETTE put en recueillir dix-huit observations.

Puis, à mesure que l'affection fut mieux connue, les cas se multiplièrent (les travaux les plus récents ont pu en relever plus de 500 observations dans la science). Aussi, nous ne nous attarderons pas à signaler tous les travaux parus sur cette question. Nous nous contenterons de rappeler, en ce court exposé historique, ceux qui nous ont paru les plus importants.

Les premiers essais pathogéniques sont dus à HORTELOUP (1865) qui croit pouvoir conclure de ses recherches que l'affection est d'origine centrale. A l'étranger, ADDISON, KOBNER, NEUMANN cherchent à leur tour à élucider cette question de l'origine de la maladie. A peu près à la même époque, MIRAULT d'Angers, VERNEUIL étudiaient les lésions anatomiques, à peu près inconnues jusqu'alors ; leurs travaux sont repris par LAGRANGE (1) en 1874, qui étudie principalement les lésions du système nerveux, mais n'ose affirmer d'une façon absolue l'origine nerveuse de la maladie.

A côté des travaux anatomiques et pathonégiques, nous trouvons, tant en France qu'à l'étranger, de nombreuses recherches cliniques qui établissent la symptomatologie. En Angleterre, ce sont les recherches d'ADDISON, d'ERASMUS WILSON, de TILBURY FOX, qui s'attachent à décrire les sclérodermies localisées et en font une entité morbide spéciale, à laquelle ils donnent le nom de morphea alba. En France, en 1880, M. BESNIER (2) étudie dans les Annales de dermatologie les différentes sortes de scléroses cutanées. Il établit des formes cliniques, sépare les sclérodermies proprement dites des scleroses cutanées, les morphées et autres manifestions locales de ce qu'il appelle la « maladie sclérodermique ». A peu près à la même époque, M. LEROY (3), dans sa thèse d'agrégation, cherche à montrer que les lésions siègent dans le système nerveux central ; SCHMEIMER, SCHUTZE soutiennent également la théorie nerveuse.

En 1883, deux thèses sont soutenues à Paris : celle de COLLIN (4) et celle de BOUTTIER (5), qui résument la question et dans lesquelles on trouve 268 observations de sclérodermie.

Nous signalerons encore la thèse de MERY (6), en 1889, qui reprend la théorie vasculaire et apporte à l'appui de son opinion de nombreuses observations anatomiques, dans lesquelles il signale l'existence d'endo-péri-artérite.

Peu à peu, la question sort du domaine dermatologique pur pour entrer dans celui de la neuro-pathologie. THIBIERGE (7) montre que les lésions musculaires et viscérales peuvent survenir au cours de la sclérodermie. M. ARNOZAN (8) trouve dans une autopsie des lésions de la moelle. M. JEANSELME (9) signale les rapports de l'affection avec d'autres maladies nerveuses, le goitre exophtalmique, le myxœdème, la syringomyélie. M. RAYMOND (10) fait à la

(1) LAGRANGE, Thèse de Paris (1874).
(2) BESNIER, Annales de Dermatologie (1880).
(3) LEROY, Thèse d'agrégation, Paris (1883).
(4) COLLIN, Thèse de Doctorat, Paris (1886).
(5) BOUTTIER, Thèse de Doctorat, Paris (1886).
(6) MERY, Thèse de Paris (1889).
(7) THIBIERGE, Annales de Dermatologie, 2e série, 2, x, page 273.
(8) ARNOZAN, Congrès international de dermatologie, 1889.
(9) JEANSELME, Sur la coexistence du goitre exophtalmique et de la sclérodermie. 1895.
(10) Cliniques de RAYMOND, 5e série.

Salpêtrière une clinique dans laquelle il soutient l'origine nerveuse. M. BRISSAUD (1), dans ses Leçons, se fait également le défenseur de la théorie nerveuse.

Signalons, enfin, à l'étranger, l'important travail de MM. Georges LEWIN et Jullius HELLER (2), qui apportent 508 observations de sclérodermie ; celui de MARIANNELLI, qui renferme six cas inédits ; l'étude de VOLTERS, sur l'anatomie pathologique.

Il nous faudrait encore mentionner les obversations parues dans les différentes publications scientifiques (DANLOS, HALLOPEAU, TENNESSON) etc..., mais cette énumération nous mènerait trop loin, et nous préférons renvoyer au travail de M. MARTY (3), dans lequel on trouvera une bibliographie complète de la question.

Symptomatologie. — Pendant longtemps, on a réuni en une même description les différentes formes de sclérodermies, qu'elles soient localisées et bénignes, ou qu'elles soient généralisées, progressives, s'accompagnant de lésions viscérales graves. La connaissance plus approfondie des faits a établi une différence clinique très nette entre ces deux formes, et l'on distingue aujourd'hui :

A) Les *sclérodermies localisées*, affections bénignes, exclusivement locales, ayant une tendance régressive, n'ayant aucun retentissement sur la vie du malade.

B) La *sclérodermie progressive*, se distinguant d'abord par ses localisations cutanées multiples et étendues, se distinguant surtout par ses manifestations extra-cutanées, musculaires, osseuses, splanchniques, qui en font une maladie générale plutôt qu'une lésion locale.

A) SCLÉRODERMIES LOCALISÉES. — En une région quelconque du corps apparaît une lésion le plus souvent arrondie, dont les dimensions varient entre celles d'une pièce de cinq francs et celles de la paume de la main, indolore, le plus souvent ignorée du malade quand elle ne siège pas sur une région découverte. Elle présente une coloration variable, tantôt rouge, purement congestive, ou plus pâle, de teinte mauve ou lilas. Bientôt la sclérose apparaît, et la plaque prend alors son aspect caractéristique : elle est lisse, souvent déprimée, recouverte d'un épiderme finement squameux, d'un blanc d'ivoire, quelquefois brillante, comme vernissée. Autour de la plaque se dessine un anneau plus foncé, de teinte lilas (lilac-ring des auteurs anglais) dû aux troubles vaso-moteurs péri-sclérosiques. Au toucher, elle donne une sensation toute particulière : la peau présente une dureté ligneuse et paraît collée aux parties sous-jacentes ; elle est rigide et froide « comme celle du cadavre congelé. » La lésion est absolument indolore ; les sensations diverses y sont conservées ; après les piqûres d'aiguille, on voit sourdre le plus souvent de légères gouttelettes de sang.

(1) BRISSAUD, Leçons sur les maladies nerveuses, 1899.
(2) LEURIN et J. HELLER, De la sclérodermie, 1895.
(3) MARTY, Thèse de Toulouse, 1895.

On peut observer, au lieu des placards précédemment décrits, des traînées de tissu scléreux (sclérodermies en bandes) présentant tous les caractères des morphées. Parfois ces bandes prennent une forme annulaire, entourant l'avant-bras à la manière d'un bracelet ou siègent sur le ventre, où elles simulent les vergetures.

Un point mérite d'attirer tout particulièrement notre attention, parce qu'il aura une grande importance dans l'étude de la pathogénie : c'est le siège de ces sclérodermies localisées. Le plus souvent, les plaques circonscrites se présentent en un point quelconque du corps, principalement au tronc et aux membres supérieurs, sans ordre, en dehors de toute loi anatomique. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; des cas assez nombreux ont été signalés, dans lesquels la maladie s'est localisée le long d'un nerf périphérique, à la manière d'un zona. COLCOTT FOX a rapporté un cas dans lequel une sclérodermie en bande était limitée au trajet du nerf saphène interne ; dans un cas de HALLOPEAU (1), les bandes siégeaient sur le trajet du brachial cutané interne. KAPOSI (2) a noté une sclérodermie des espaces intercostaux, et M. BESNIER a déposé au musée de l'hôpital Saint-Louis (pièce n° 1.055) le moulage d'une sclérodermie s'étendant du moignon de l'épaule à la face dorsale des trois premiers doigts du membre supérieur gauche. Le même auteur a observé un enfant de 6 ans, dont la sclérodermie, commençant au niveau de la clavicule et se terminant sur le dos du pied, était développée uniquement sur tout le côté droit du corps. On a encore signalé la présence de la lésion sur le trajet du nerf frontal et des branches du trijumeau, etc... ; nous pourrions d'ailleurs multiplier ces exemples de localisations de la sclérodermie sur le trajet des troncs nerveux.

Autre particularité intéressante : c'est la pigmentation des lésions. Il n'est pas rare de trouver, au niveau des plaques de sclérose, des taches pigmentaires plus ou moins foncées, ponctuées, analogues aux éphélides, formant quelquefois un anneau entourant la lésion. Mais, fait plus curieux, ces pigmentations peuvent siéger sur la peau saine, dans le voisinage des plaques, ou même dans des régions jusqu'alors indemnes. On trouve alors des îlots mélanodermiques plus ou moins étendus, bordant le plus souvent les plaques ; parfois la peau qui les entoure perd son pigment normal, et l'aspect général est celui d'un vitiligo assez étendu. En même temps, et principalement dans les cas de sclérodermie diffuse que nous signalerons plus loin, il peut survenir une mélanodermie généralisée : les sujets prennent une teinte bronzée, rappelant celle des addisonniens, et ceci en l'absence de toute lésion de tuberculose ou des capsules surrénales. Quelques auteurs ont

(1) HALLOPEAU, Bulletin de la Société de derm., 1895.
(2) KAPOSI. Traité des maladies de la peau. Tome II, p. 98.

même signalé la pigmentation des muqueuses, mais ce fait n'a pas encore été suffisamment vérifié.

L'évolution des scléroses localisées est extrêmement lente et variable. Le plus souvent la lésion marche spontanément vers la guérison : l'anneau lilas pâlit, et finit par s'éteindre complètement ; la peau reprend peu à peu sa souplesse, et il finit par ne rester qu'une légère pigmentation, accompagnée de quelques télangiectasies superficielles. La durée moyenne est de deux années dans les formes légères ; mais il n'est pas rare de la voir durer plus longtemps, 5, 6 et même 20 ans (HUTCHINSON).

En résumé, ce qui caractérise les sclérodermies circonscrites c'est d'une part la localisation exclusive de la maladie à la peau ; sa faible tendance à se diffuser ; sa régression spontanée ; l'absence de toute lésion des organes internes. Toute autre est l'évolution de la sclérodermie diffuse, que nous allons étudier à présent.

B) SCLÉRODERMIES SYMÉTRIQUES DIFFUSES. — Il est rare que la sclérose envahisse la surface cutanée tout entière ; cependant, le fait peut se produire, et KAPOSI en cite une observation remarquable : « chez une malade âgée de quelque vingt ans, il n'y avait d'indemnes que quelques doigts, et des bandes de la largeur de la main, à l'épigastre. Cette malheureuse était tout entière enfermée comme dans une cuirasse qui la comprimait de tous les côtés dans le sens le plus strict du mot, faisait obstacle à la respiration, au mouvement, ainsi qu'à la gaité. » (1) Le plus souvent, la maladie se limite à la partie supérieure du tronc, et lorsqu'elle envahit les membres inférieurs, elle y reste généralement discrète, sans grande tendance à la généralisation. On voit donc qu'il n'y a entre cette forme et la précédente, au point de vue purement objectif, qu'une différence de degré ; toutes les formes de passage peuvent exister entre les morphées, qui peuvent confluer, et une sclérodermie progressive au début, n'ayant encore atteint que quelques régions limitées. La seule différence consiste dans l'évolution de la maladie, progressive dans l'une des formes et régressive dans l'autre,

Sous sa forme la plus commune, la sclérodermie diffuse progressive atteint le plus souvent le visage, auquel elle donne un aspect tout particulier. Le front est uni, luisant ; la peau paraît adhérer à l'os frontal ; elle a perdu toute mobilité, et le malade n'arrive plus à froncer les sourcils. Le nez est aminci, aplati ; les narines sont parfois échancrées. L'orifice buccal est rétréci, les lèvres sont froncées, coupées de nombreux plis verticaux. Les mouvements du visage finissent par être complètement abolis ; les traits deviennent immobiles et cessent d'exprimer les sentiments de douleur ou de joie, le visage paraît être taillé dans du marbre.

(1) KAPOSI. Traité des maladies de la peau, tome II, page 97.

Aux avant-bras, la maladie produit le symptôme classique connu sous le nom de scléro-dactylie. Elle fixe les phalanges dans une demi-flexion, puis fléchit le poignet sur l'avant-bras. En même temps surviennent les déformations osseuses et les amyotrophies dont nous reparlerons plus loin ; les doigts s'effilent, les phalangettes s'atrophient et peuvent même disparaître complètement. Le volume du membre est considérablement diminué ; la peau est froide, intimement collée aux parties sous-jacentes ; des complications, panaris, ulcérations diverses, peuvent survenir. L'ensemble de ces lésions donne à l'avant-bras un aspect tout à fait caractéristique.

Au tronc, la sclérose emprisonne le thorax comme dans une cuirasse, envahit le sein qu'elle divise en deux parties en rétractant le mamelon, et peut gêner les mouvements respiratoires par la contraction qu'elle produit.

Il n'est guère de régions de la peau qui ne puissent être atteintes par la maladie ; les muqueuses elles-mêmes peuvent être prises, et l'on a signalé l'envahissement de la langue, des gencives, du voile du palais, du pharynx, du larynx, du vagin, etc.

Mais le processus ne se limite pas pas toujours à la peau ; il peut envahir d'autres organes : fibres musculaires, lisses ou striées, utérus, poumons, foie, reins, etc. VIDAL (1), le premier, avait signalé en 1878 les lésions musculaires survenant au cours de la sclérodermie. BOUTTIER (2), SCHULTZ (3) en avaient à leur tour rapporté des observations. En 1890, THIBIERGE (4) reprit la question à la réunion des médecins de Saint-Louis, puis dans la *Revue de médecine*. Il présenta une malade atteinte de sclérodermie avec rétractions musculaires ; les muscles des bras et des avant-bras étaient en particulier le siège d'une rétraction qui rendait impossibles les mouvements de flexion, de pronation, de supination. Dans la discussion qui suivit, on fut unanime à reconnaître qu'il y avait là plus qu'une coïncidence ; on rapprocha des lésions musculaires la myocardite déjà signalée et on reconnut qu'elle était due à une sclérose de la fibre cardiaque. On rapprocha également les lésions viscérales, qu'on croyait être indépendantes des lésions cutanées, et l'on s'aperçut que le processus était le même dans l'un et l'autre cas.

On en vint donc à cette conception plus juste que les dermato-scléroses n'étaient qu'un symptôme essentiel d'une maladie plus générale, à laquelle M. BESNIER donna le nom de « maladie sclérodermique ». Ce symptôme peut rester seul : la sclérodermie est localisée ; — tantôt au contraire la sclérose se généralise, envahit les muscles et les viscères : la maladie sclérodermique est alors constituée.

(1) VIDAL. De la sclérodermie spontanée. *Gazette des hôpitaux*, 1878.
(2) BOUTTIER. *Thèse de Paris*, 1886.
(3) SCHULTZ. *Neurologisches centralblatt*, n°s 12, 13, 14.
(4) THIBIERGE. *Revue de médecine*, 1890, pages 291, 306.

Pour terminer ce chapitre, nous ne saurions mieux faire que de rapporter le cas que nous avons observé, et qui nous paraît être un type à peu près classique de sclérodermie.

Observation. — Mme V...; Marie, âgée de 46 ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur, salle St-Henri, no 17, le 14 avril 1902.

C'est une femme de constitution robuste. Réglée à 16 ans, très régulièrement, elle eut deux enfants, l'un à l'âge de 20 ans l'autre à l'âge de 23 ans. Elle n'a plus été enceinte depuis cette époque. A l'âge de 28 ans, sous l'influence d'une violente émotion, ses règles disparaissent brusquement ; elles n'ont pas réapparu depuis. Dès lors, la malade a cessé de se bien porter. Quelques années plus tard, à l'âge de 33 ans, elle est prise d'un rhumatisme articulaire aigu ; on la soigne pendant trois mois à l'hôpital Saint-Sauveur, puis tout rentre dans l'ordre, et elle ne ressent plus que de vagues douleurs de temps à autre dans les articulations. Un traumatisme, survenu il y a neuf ans, pendant son travail, a nécessité l'amputation de l'index ; les renseignements qu'elle nous fournit à ce sujet sont obscurs ; la suppuration aurait duré 7 ans, sans occasionner de douleurs. Il est probable que le traumatisme n'a joué ici qu'un rôle secondaire, et que la malade a été atteinte d'un panaris. Notons enfin, pour énumérer tous ses antécédents personnels, qu'elle a été soignée il y a trois ans pour un ulcère de la jambe droite, siégeant au niveau de la malléole interne ; l'ulcération est complètement cicatrisée aujourd'hui, mais elle a été remplacée par un autre ulcère, du côté opposé, absolument symétrique, que la malade porte encore aujourd'hui. Des varices assez volumineuses siègent sur les deux membres inférieurs.

Les antécédents héréditaires de notre malade ne sont pas très chargés. Son père est mort, à l'âge de 82 ans, d'une attaque d'apoplexie. Il était très nerveux, nous dit la malade, et avait des habitudes d'alcoolisme. La mère, âgée aujourd'hui de 80 ans, est encore vivante et se porte très bien ; elle est seulement très nerveuse.

La malade a eu 4 frères et sœurs. Un de ses frères est mort, à l'âge de 39 ans, de tuberculose pulmonaire ; les trois autres sœurs sont bien portantes, mais, comme les autres membres de la famille, extrêmement nerveuses. Aucune n'a manifesté d'accidents hystériques bien nets.

Un seul de ses enfants vit encore, il est aujourd'hui âgé de 23 ans et se porte très bien ; il n'a présenté aucun signe de dégénérescence. Une fille est morte, à l'âge de quatre mois, de gastro-entérite.

En résumé, nous notons dans les antécédents personnels de la malade un rhumatisme articulaire aigu ; — un panaris probable ; — un léger degré de nervosisme. Dans ses antécédents héréditaires, aucune tare pathologique, sauf l'alcoolisme paternel; pas de grands accidents nerveux dans la famille.

L'histoire de la maladie est très difficile à établir ; la malade confond les troubles qu'elle ressent aujourd'hui dans les membres supérieurs avec ceux du rhumatisme articulaire dont elle a été atteinte. Elle affirme avoir toujours ressenti des douleurs dans les mains et les avant-bras depuis cette époque ; quant aux modifications de la physionomie, elle ne s'en est aperçue que lorsqu'on les lui a fait remarquer, pendant son premier séjour à l'hôpital. Les mains se sont déformées petit à petit, nous dit-elle, sans autres sensations qu'un refroidissement assez considérable, qui la forçait souvent à s'envelopper de flanelle. De temps à autre survenaient des crises très nettes d'asphyxie locale des extrémités, et pendant les différents séjours de la malade dans le service, nous avons pu les constater plusieurs fois : les doigts prenaient une teinte violacée, devenaient complètement froids ; l'accès durait quelques heures, puis le membre reprenait son aspect normal. La malade se plaignait en même temps de ce que le moindre traumatisme produisait sur les mains une ulcération très longue à se guérir ; on trouve en effet, principalement sur la face dorsale des phalanges et aux plis articulaires, des petites cicatrices assez nombreuses. Elle nous signale encore l'apparition d'un panaris, toujours d'origine traumatique, ayant nécessité l'amputation de la phalangette droite. L'état général est resté excellent, et, sauf ces petits incidents, l'affection a suivi une marche tout à fait insidieuse, se développant presque à l'insu de la malade. Le 14 avril 1902, la malade se présente de nouveau dans le service pour un ulcère de jambe, qui siège au niveau de la malléole interne gauche. Nous constatons alors les troubles suivants :

Aux avant-bras, la sclérodermie a progressé depuis le dernier séjour à l'hôpital ; la peau est extrêmement adhérente aux parties sous-jacentes jusqu'au pli du coude ; à ce niveau, on peut encore arriver à la plisser, mais au poignet et surtout à la paume de la main, c'est chose absolument impossible. Les doigts sont dans la flexion, repliés en forme de griffe ; la flexion est surtout marquée aux auriculaires, moins accentuée au niveau des index ; la phalangette est fléchie sur la phalange, le doigt est fléchi sur la main. La main est restée dans la position normale. La phalangette de l'index gauche est très amincie et diminuée de longueur ; les phalangettes des autres doigts paraissent également atrophiées. Les avant-bras sont très atrophiés ; les mouvements de flexion sont conservés, les mouvements de pronation, de supination paraissent être assez limités. On n'observe pas d'atrophie des éminences thénar et hypothénar. Sur la face dorsale des doigts, au niveau des plis articulaires, on trouve sur presque toutes les phalanges des petites cicatrices, de quelques millimètres de diamètre. La sensibilité à la piqûre est conservée sur les avant bras. La sensibilité au chaud et au froid paraît être légèrement émoussée ; on perçoit au palper une sensation de froid assez vive. Malgré ces déformations, la malade continue à faire quelques travaux manuels, mais elle se plaint d'être beaucoup moins habile qu'autrefois.

Au visage, les lésions sont moins avancées qu'aux avant-bras, très nettes cependant. La peau du front est très amincie, luisante, et paraît collée à l'os frontal. Le nez est également assez aminci et effilé ; il n'y a pas de déformations des narines. L'orifice de la bouche est à peine diminué, mais on observe sur les lèvres de nombreux plis longitudinaux. Aux pommettes la peau paraît également rétractée sur les membres inférieurs, sur le cou et sur le thorax, on ne trouve aucune trace de sclérose ; la peau est normale et se laisse plisser très facilement.

La sensibilité est normale sur toute la surface du corps. Les réflexes sont conservés, sauf le réflexe pharyngien, qui est à peu près aboli. Pas de troubles oculaires.

On n'observe pas de déformations de la colonne vertébrale. Pas de goître, aucun symptôme de maladie de Basedow.

La malade se plaint de quelques troubles digestifs, anorexie, vomissements alimentaires, etc... Les autres organes sont normaux ; le cœur en particulier est très régulier.

L'intelligence est conservée, sans aucune modification depuis le premier séjour à l'hôpital.

L'état général est stationnaire. La malade nous dit qu'elle a beaucoup maigri, il y a dix ans, mais depuis sa santé est restée bonne ; la maladie dont elle est atteinte ne lui occasionne qu'une infirmité assez légère, dont elle se préoccupe assez peu.

Étiologie. — Sans être d'une extrême rareté, la scléermie n'est pas une affection fréquente. En l'espace de ans,10 cas en ont été observés par MM. Lewin et Jullius ller à la Clinique de Mulhouse ; pendant le même ace de temps, 18.000 malades atteints d'affections erses de la peau (syphilis mise à part) avaient été gnés au même hôpital. On peut donc dire d'une façon proximative que la sclérodermie ne se rencontre qu'une s environ sur 1.800 maladies de la peau.

D'après la même statistique, 191.796 malades se sont ésentés au même hôpital pendant le même espace de nps, c'est-à-dire que la sclérodermie s'est observée en oyenne une fois sur 18.000 cas de maladies générales.

Le sexe paraît avoir une grande importance dans l'étiogie de la maladie. Sur 431 cas observés, on trouve ulement 139 hommes, pour 292 femmes. C'est dire que sclérodermie est environ deux fois plus fréquente chez femme que chez l'homme.

L'âge paraît aussi avoir quelque influence sur le déveppement de l'affection. Assez rare pendant la première fance, la maladie augmente de fréquence de 20 à 30 ans, ur atteindre son maximum de 30 à 40 ans. Puis elle vient beaucoup plus rare et on ne l'observe guère après ans. D'ailleurs le tableau suivant, dressé d'après les atistiques de la clinique de Mulhouse, permettra d'apprécer l'influence de l'âge mieux que de longues énumérations chiffres.

Age des malades	Nombre de cas pour 100
e 0 à 10 ans	35
10 à 20 »	65
20 à 30 »	85
30 à 40 »	100
40 à 50 »	70
50 à 60 »	25
60 à 70. »	15
70 à 75 »	5

Le rôle des professions, des nationalités paraît être nul.

En ce qui concerne l'influence des antécédents morbides, question reste encore assez obscure, faute de documents. 'après MM. Georges Lewin et Jullius Heller, on trouve ins le passé des malades les accidents les plus divers : ir 197 cas, on note 53 fois le refroidissement ; 29 fois des icès et accidents inflammatoires divers ; 24 fois, le iumatisme articulaire ; 15 fois seulement, des maladies erveuses, l'hystérie, la chorée, etc.

Nous insisterons particulièrement sur ce fait, que le iumatisme articulaire, auquel certains auteurs attribuent i rôle prépondérant dans l'étiologie, se retrouve à peine ins 1/8 des cas ; — que les maladies nerveuses se retrouent bien moins souvent encore, et le plus souvent on ne ite que des causes banales, telles que le refroidissement s troubles menstruels, l'alcoolisme, etc.

Toutefois, si rigoureuse que paraisse être à première vue la statistique de Lewin et J. Heller, elle nous semble avoir été dressée parfois dans des circonstances assez défectueuses. En ce qui concerne les maladies nerveuses, par exemple, elle ne fait mention des accidents survenus ni chez les ascendants, ni chez les collatéraux, ni chez les descendants — lacune des plus regrettable, à notre époque, où la théorie nerveuse compte des partisans de plus en plus nombreux. Pour la tuberculose, le nombre des cas signalés est de 6 sur 197 malades : chiffre évidemment inférieur à la moyenne, alors que le nombre des cas signalés de malaria est de 7. Des maladies infectieuses, grippe, fièvre typhoïde, diphtérie, etc., il n'est même pas fait mention. Il serait cependant intéressant de rechercher ce facteur étiologique dans les antécédents des malades, ce qui jusqu'à présent n'a pas encore été fait.

En résumé, l'étiologie de la sclérodermie est encore assez peu connue : nous savons qu'elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, qu'elle se présente surtout dans l'âge moyen de la vie ; quant aux causes qui précèdent son apparition, nous les ignorons à peu près complètement, et de nombreuses recherches sont nécessaires sur ce point.

Pathogénie. — Depuis les premières recherches de Horteloup et de Le Breton, de nombreuses théories ont été émises pour expliquer la pathogénie de la sclérodermie ; les différents éléments du derme, les lymphatiques, les vaisseaux, les nerfs furent tour à tour incriminés ; on rechercha la cause de la maladie dans une lésion du système nerveux central, dans des prédispositions pathologiques du sujet, etc... Nombre de ces théories ont été complètement abandonnées, et nous ne les signalerons que pour mémoire ; deux seulement ont pris de nos jours une importance capitale : la théorie vasculaire et la théorie nerveuse. Nous nous attacherons à en exposer les arguments et à montrer les points qu'elles n'arrivent pas à élucider suffisamment.

1° *Théorie lymphatique.* — Elle fut émise par Rasmussen et Hebra, qui se basaient sur une autopsie de sclérodermique dans laquelle Heller avait trouvé une oblitération du canal thoracique. L'expérience a montré depuis que les lymphatiques restent indemnes dans la sclérodermie vraie ; il s'agissait évidemment, dans l'observation de Heller, d'une variété d'éléphantiasis, et la théorie fut bientôt abandonnée par ses auteurs eux-mêmes.

2° *Théorie lépreuse.* — M. Grasset, au Congrès pour l'avancement des sciences en 1879, avait formulé le premier cette opinion qu'il n'y a aucune différence tranchée entre la lèpre et la sclérodermie ; M. Zambaco reprit plus tard la question, et essaya de réunir la sclérodermie et la maladie de Raynaud sous le nom de léprose, en les considérant comme des formes atténuées de la lèpre.

M. HALLOPEAU attaqua cette théorie, en faisant remarquer très justement qu'il existe dans la lèpre maculeuse des altérations de la sensibilité qu'on ne retrouve pas dans la sclérodermie ; la consistance ligneuse de la morphée ne se retrouve pas dans la lèpre. Enfin, M. JEANSELME a pratiqué des examens de peau et de nerfs, sans retrouver le bacille de HANSEN. La théorie lépreuse fut abandonnée assez rapidement, et elle ne compte plus guère de partisans aujourd'hui.

3° *Théorie rhumatismale*. — Il n'est pas rare de rencontrer dans les antécédents des sclérodermiques, le rhumatisme articulaire. Chez notre malade, en particulier, les premiers phénomènes de sclérodactylie ont été précédés d'un rhumatisme articulaire aigu. Mais cette affection est loin de se retrouver avec une régularité constante dans les antécédents ; aussi, sans lui refuser toute action dans la pathogénie, est-on forcé d'admettre qu'elle est incapable de produire à elle seule les lésions sclérodermiques. Peut-être joue-t-elle le rôle d'une cause d'appel ? Cette hypothèse, à laquelle se rallie M. BESNIER, n'est pas encore suffisamment démontrée.

4° *Théorie thyroïdienne*. — LEUBE, KÖHLER, JEANSELME, BEER, RAYMOND ont signalé la coexistence de la sclérodermie et du goître exophtalmique. SINGER et BEER ont vu la maladie coïncider avec une atrophie du corps thyroïde. Malgré ces observations, il serait peut-être imprudent d'admettre que la sclérodermie est liée à des altérations du corps thyroïde. Comme le fait remarquer M. THIBIERGE, il est plus vraisemblable d'admettre que la sclérodermie et le goître coïncident parce qu'ils sont produits par un même trouble nerveux ; il ne convient pas de voir dans cette coïncidence une relation de cause à effet.

5° *Théorie vasculaire*. — Cette théorie repose sur un fait anatomique d'une incontestable exactitude : l'histologie a démontré que les vaisseaux des régions envahies par la sclérodermie sont atteints d'endo-péri-artérite. C'est en se basant sur cet argument que M. VIDAL a émis le premier, en 1875, la théorie vasculaire : l'endo-péri-artérite produit une asphyxie locale, par arrêt de la circulation dans le derme ; de cette asphyxie part le processus de sclérose cutanée BABÈS, GOLDSCHMIDT, RADCLIFFE CROCKER, MEYER en ont à leur tour publié des observations intéressantes, suivies d'autopsies. Mais le travail le plus important est celui de M. MERY (1), qui met en évidence non seulement les lésions vasculaires du derme, mais aussi celles des viscères, des poumons, des reins, du cœur, lésions dont la nature était ignorée jusqu'alors. Il montre en outre que les lésions vasculaires se retrouvent d'une façon constante, et que leur présence est bien plus fréquente que celle des lésions nerveuses périphériques, qu'on ne retrouve que par exception. Malgré ces faits assez probants, nous allons voir que la théorie vasculaire ne suffit pas à expliquer la totalité des faits ; un autre facteur, d'une importance indiscutable, doit entrer en ligne de compte : c'est le système nerveux.

6° *Théorie nerveuse*. — Emise pour la première fois par M. HALLOPEAU, l'hypothèse de l'origine nerveuse de la sclérodermie a gagné depuis cette époque de nombreux partisans. Dans ces dernières années les auteurs les plus autorisés parmi lesquels il nous suffira de citer les noms de THIBIERGE (1), d'ARNOZAN (2), de JEANSELME (3), de RAYMOND (4), s'en sont faits les défenseurs.

Les arguments invoqués sont de deux sortes : les uns sont tirés d'autopsies dans lesquelles on a trouvé des lésions du système nerveux central ou périphérique ; les autres sont basés sur l'étude clinique, sur l'analogie que présente la sclérodermie avec d'autres maladies nerveuses, sur la coexistence de troubles variés du système nerveux.

Il faut reconnaître que les arguments tirés de l'anatomie pathologique sont encore assez peu concluants. LAGRANGE, en 1874, avait trouvé une altération des nerfs périphériques ; CHALVET avait noté une sclérose des cordons postérieurs, SCHULTZ et BRUNSWICK des altérations des racines antérieures. Mais les deux cas les plus intéressants sont rapportés par RECKLINGHAUSEN : dans une des observations, il note la segmentation de la myéline, la formation de cellules granulo-graisseuses et l'exagération du nombre des fibres nerveuses nues sans myéline. Dans la seconde, il trouve les nerfs très riches en fibres pâles, sans myéline ; à côté de ces fibres pâles, il note sur un assez grand nombre de tubes nerveux la dégénérescence vallérienne ; au membre inférieur, plusieurs nerfs ont subi la dégénérescenée granulo-graisseuse. Dans une autopsie rapportée par M. MÉRY, l'examen histologique permet de constater l'atrophie des nerfs, la dégénérescence avec segmentation de la myéline en boules.

On voit que les observations connues jusqu'à présent sont insuffisantes pour établir la théorie nerveuse. Les arguments tirés de l'étude clinique sont plus nombreux et plus probants. C'est d'abord l'état névropathique des malades. Il est fréquent d'observer chez les ascendants, des névroses, hystérie, épilepsie, etc. ; les malades sont eux-mêmes d'une nervosité extrême, allant depuis les troubles du caractère jusqu'aux accidents de grande hystérie ; — on voit souvent la maladie survenir à la suite d'émotions violentes, de chagrins, etc.

Mais ce ne sont là qu'arguments de peu de valeur, et les partisans de la théorie nerveuse en font valoir d'autres

(1) MERY, Thèse de Paris, 1889.

(1) THIBIERGE, Revue de médecine, 1890.
(2) ARNOZAN, Congrès internal de dermatologie, 1889.
(3) JEANSELME, Sur la coexistence du goître et de la sclérodermie, 1890.
(4) Cliniques de RAYMOND, 5me série.

plus concluants. On observe, au début et au cours de la sclérodermie, des symptômes tout à fait comparables à ceux qu'on rencontre dans certaines maladies nerveuses : douleurs en ceinture, névralgies, contractures musculaires; puis, ce sont des troubles de la sécrétion sudorale, hyperhydrose, anhydrose ; des troubles circulatoires divers, érythèmes, sensations d'engourdissement et de froid.

Les amyotrophies signalées par M. Jeanselme rentrent également dans le cadre des maladies nerveuses, de même la résorption osseuse spontanée, les panaris, dont notre malade offre un exemple assez probant.

La sclérodermie peut coïncider avec certaines maladies nerveuses : Leube, Kahler, Jeanselme ont signalé des cas de coexistence de l'affection avec le goître exophtalmique ; le myxœdème, l'acromégalie se sont également rencontrés chez les sclérodermiques. N'est-il pas très légitime d'admettre, quand les deux maladies existent chez le même sujet, qu'elles se trouvent toutes deux sous l'influence d'une même cause ?

Enfin, la répartition des îlots montre assez, dans certains cas, le rôle du système nerveux. La disposition symétrique est, nous l'avons vu, la règle dans les sclérodermies diffuses. Nous savons aussi que les lésions peuvent siéger sur un territoire nerveux (1) à la manière du zona, ou correspondre à un territoire de nerf radiculaire (West, Machton).

Toutes ces considérations et en particulier la dernière, montrent bien que le rôle du système nerveux est très important dans le processus sclérodermique. Mais malgré cela, bien des points restent encore obscurs. Les lésions vasculaires commandent-elles les troubles névro-trophiques ? Ou bien la lésion nerveuse est-elle primitive et commande-t-elle les troubles vasculaires ? Il n'est pas impossible que l'endo-péri-artérite observée dans les régions malades atteigne en même temps les « vasa nervorum » et ne produise ainsi les lésions des nerfs périphériques, comme cela se passe dans les névrites syphilitiques par exemple. Dans ce cas, quelle serait la cause du processus d'endo-péri-artérite ? Ou encore, comme le pensent Besnier et Doyon, des causes multiples ne peuvent-elles pas produire les mêmes effets ?

On voit que la question de la pathogénie des sclérodermies est loin d'être élucidée. Tout ce que nous savons, c'est que le système nerveux joue certainement un rôle important dans la production des sclérodermies ; — que le système vasculaire est profondément atteint par la maladie. — Quant à faire la part qui revient à chacun de ces facteurs, c'est chose impossible dans l'état actuel de nos connaissances, et de nouvelles recherches sont nécessaires pour élucider cette question.

(1) Voir page 225.

Anatomie-pathologique. — Nous serons brefs sur les lésions qui accompagnent la sclérodermie, car elles n'ont rien de caractéristique. Elles peuvent être de deux sortes.

A. Lésions de la peau.

B. Lésions viscérales.

A. *Lésions de la peau.* L'épiderme est en général peu altéré. On peut observer de la pigmentation de la couche de Malpighi et de ses annexes. Dans le derme, on trouve un riche feutrage de tissu conjonctif adulte, atteignant souvent l'hypoderme. Les papilles du derme ont le plus souvent disparu ; les glandes sébacées sont également très atrophiées et peuvent disparaître ; on observe parfois, mais rarement, des dilatations kystiques. On note encore l'atrophie des poils.

Les vaisseaux sont entourés d'un anneau très épais de tissu conjonctif ; dans la première période, on observe de la périartérite avec infiltration de cellules embryonnaires le long des vaisseaux ; plus tard ces cellules se transforment en tissu scléreux. En même temps, on observe souvent une prolifération considérable de la tunique interne. Les veines sont le siège de lésions analogues, mais moins prononcées. Les lésions vasculaires peuvent faire complètement défaut. (Marianelli).

Les lésions des nerfs périphériques sont inconstantes et encore assez mal connues. Recklinghausen a observé la dégénérescence vallérienne sur un grand nombre de tubes nerveux. M. Mery a noté dans un cas de l'atrophie de certains nerfs périphériques, avec segmentation de la myéline en boules. Les autopsies signalées jusqu'à présent sont encore trop peu nombreuses pour pouvoir servir de critérium.

B. *Lésions viscérales.* Le processus de sclérose ne se limite pas toujours à la peau. On a observé dans les différents viscères, en particulier dans le myocarde, la dégénérescence scléreuse accompagnée d'endo-péri-artérite.

Les régions sous-jacentes à la peau peuvent également être envahies ; on peut trouver des blocs de sclérose, envahissant l'hypoderme, les muscles et atteignant le périoste.

Dans les os, et surtout dans les phalanges, on a noté à la fois une ostéite raréfiante et le développement d'îlots de cellules embryonnaires.

Signalons enfin des altérations du système nerveux central, lésions des cordons antérieurs, des cordons postérieurs, etc... qui ne paraissent rien avoir de pathognomonique.

Diagnostic. — Le diagnostic de la sclérodermie est généralement facile, si l'on connaît cette affection et surtout si l'on s'attend à la rencontrer.

Les morphées se distingueront aisément des cicatrices pathologiques du lupus et de la syphilis, des cicatrices de

brûlures, des chéloïdes, etc... L'interrogatoire du malade suffira à établir l'absence de toute lésion antérieure de la peau ; objectivement, la présence de l'anneau lilas caractéristique, la sensation spéciale de la peau congelée et adhérente imposeront le diagnostic de morphée.

La lèpre trophoneurotique peut ressembler à certaines formes de sclérodermie (nous avons vu que M. ZAMBACO s'était basé sur cette ressemblance pour identifier la sclérodermie). Dans la lèpre, on n'aura pas d'induration de la peau ; on observera en différents points du corps des taches pigmentaires, des cicatrices consécutives à des éruptions pemphigoïdes, et surtout des troubles de la sensibilité cutanée.

La sclérodactylie peut faire penser aux dactylites scléreuses déformantes du rhumatisme ostéo-fibreux des petites articulations. L'état spécial de la peau, l'aspect des déformations qui n'est pas celui des nodosités du rhumatisme, l'absence d'ostéophytes, la résorption spontanée des phalanges fera plutôt penser à la sclérodactylie qu'au rhumatisme noueux.

La syphilis et la tuberculose donnent des dactylies unilatérales que nous ne ferons que signaler.

Dans la syringomyélie, l'examen de la sensiblité permettra d'affirmer le diagnostic.

Enfin, quand la sclérodermie est associée à d'autres maladies nerveuses, au myxœdème en particulier, le diagnostic pourra être plus réservé et se fera surtout d'après l'aspect des lésions.

Pronostic, traitement. — Une maladie d'allures aussi variables que la sclérodermie ne comporte évidemment pas un pronostic unique. Il est impossible de comparer la gravité d'une dermato-sclérose purement locale et régressive, telle que la morphée, à celle d'une sclérodactylie qui compromet irrémédiablement les fonctions d'un membre ou à la sclérodermie diffuse et progressive, qui peut arriver à mettre la vie du malade en danger.

Dans le premier cas (dermato-scléroses localisées) le pronostic est d'une bénignité relative. Il est bénin, parce que l'affection est purement locale ; — parce qu'elle se termine spontanément par la guérison ; — parce qu'elle n'occasionne aucune gêne, aucune douleur et n'entraîne aucune modification dans le genre de vie du malade. Il ne faut pas oublier cependant que la durée de cette affection est longue et que l'on a vu des morphées se succéder sans discontinuer pendant l'espace de 20 ans ; que la restitution ad integrum n'est pas toujours la règle, et que les lésions laissent parfois des cicatrices ; que les bandes de sclérose peuvent arriver à entourer complètement un membre, et à en compromettre les fonctions par leur rétraction. Heureusement, ces cas sont assez rares, et en général le pronostic des sclérodermies localisées est bénin.

Il n'en est plus de même dans les formes diffuses et progressives. Ici encore, deux cas sont à considérer. Les régions atteintes peuvent être assez étendues, comme chez notre malade, sans que la santé générale s'altère, et sans que se manifestent des lésions viscérales. On a vu des malades jeunes, atteints de sclérodermie généralisée, s'accompagnant de sclérodactylie mutilante, poursuivre une longue existence sans le moindre trouble organique, et devenir simplement des infirmes d'hospice. Même dans ce cas, le pronostic est extrêmement grave, car si la vie du malade n'est pas en danger, il n'en est pas moins vrai que l'existence peut lui devenir extrêmement pénible : l'impotence presque absolue des deux mains, une affection parfois douloureuse et toujours désagréable, lui rendent souvent la vie insupportable ; — et le pronostic est d'autant plus sombre, que les lésions sont définitives, et qu'une thérapeutique efficace contre ces cas de sclérodermie reste encore à trouver.

Enfin, il est des malades dont la santé générale s'altère dès les premiers mois ou dès les premières années, quelquefois beaucoup plus tard ; des complications viscérales surviennent, myocardite, sclérose du poumon, etc. L'affection prend alors une extrême gravité, et la mort survient fatalement, non par suite des complications intercurrentes mais du fait même de la marche de la « maladie sclérodermique ».

Cette variété du pronostic montre bien à quel point il convient d'être réservé dans l'appréciation des différents traitements opposés à la sclérodermie. Il est peut être illusoire d'attribuer une très grande part à la thérapeutique dans la guérison d'une plaque de morphée, dont l'évolution est naturellement régressive ; — et l'on est d'autant plus sceptique que l'on voit ce même traitement échouer dans des cas un peu plus tenaces de sclérodactylie ou de sclérodermies en bandes un peu étendues.

Néanmoins, beaucoup de traitements ont été conseillés et ont donné, entre les mains de leurs auteurs, les meilleurs résultats. KAPOSI recommande avant tout les reconstituants, l'huile de foie de morue, l'arsenic, l'hygiène générale.

Les différentes théories pathogéniques ont donné lieu à des moyens de traitements rationnels. Contre l'endartérite, on a préconisé l'iodure de potassium et les vaso-dilatateurs ; on a noté à la suite de leur emploi d'assez bons résultats.

Sous l'empire de la théorie tropho-neurotique, les antispasmodiques, le bromure de potassium, l'hydrothérapie sous toutes ses formes ont été conseillés. On a employé, sans obtenir de résultats, la révulsion le long du rachis, par l'ignipuncture, les douches hyperthermales.

Dans les cas où l'hypothyroïdie semblait être la cause de la maladie, on a administré des extraits de corps thyroïde, mais les résultats ont été négatifs.

Enfin, l'électricité paraît être assez efficace dans certains cas. Dans les morphées et les sclérodermies localisées, M. Brocq a obtenu d'excellents résultats de l'emploi des courants de haute fréquence. Contre les amyotrophies, on utilisera les moyens électriques habituels.

Cette longue énumération des traitements employés, encore n'avons-nous cité que les principaux, montre assez que dans bien des cas ils sont inefficaces. Le moyen de guérir la sclérodermie reste encore à trouver, et cette affection reste grave, parfois mortelle, malgré les ressources dont nous disposons pour la combattre.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 25 Mai 1902

Présidence de M. Dutilleul.

Expulsion d'un œuf entier au septième mois de la grossesse

MM. Brassart et **Minet**, internes des hôpitaux, présentent un œuf intact de sept mois environ expulsé sans accident par une femme qui venait de terminer une variole assez bénigne. Cette malade, arrivée au stade de dessiccation de sa maladie fut soudain atteinte de fièvre sans qu'on en ait pu d'abord éclaircir exactement la cause. A ce moment, elle fût prise un soir de douleurs utérines et en très peu de temps l'accouchement eut lieu. L'enfant était vivant, et il fit quelques mouvements pendant environ une minute. Le lendemain, un léger érysipèle se manifeste à la face ; l'examen de la malade fait penser que l'hyperthermie et l'accouchement prématuré dépendaient d'un érysipèle interne apparu seulement par la suite à l'extérieur. L'accouchement en un temps à une période aussi avancée de la gestation est tout-à-fait exceptionnel.

M. Oui dit qu'il s'agit ici d'un cas de la plus extrême rareté, il n'en connaît que deux observations. Dans l'une l'enfant avait sept mois ; dans l'autre sept mois et demi. L'origine infectieuse de cet accouchement prématuré n'est pas douteux, l'enfant ayant été expulsé vivant. Il s'est agi d'un décollement prématuré du placenta. D'ailleurs on constate les traces sur l'arrière-faix d'une hémorrhagie rétro-placentaire.

Paralysie variolique du moteur oculaire commun gauche

M. Ingelrans parle de la malade précédente à un autre point de vue. Cette femme, à la fin de sa variole et avant l'infection secondaire dont il a été question, a présenté subitement du ptosis à gauche : en même temps, diplopie, strabisme externe, impossibilité des mouvements du globe oculaire en haut, en bas et en dedans. Cette paralysie de la troisième paire persiste encore au bout de trois semaines. Quel que soit son mécanisme, c'est évidemment une paralysie post-variolique, au même titre que la paralysie post-diphtérique par exemple. Il est à noter qu'aucun auteur ne signale de paralysies oculaires d'origine variolique, tandis que la rougeole, la pneumonie, la fièvre typhoïde, la diphtérie, etc. en comptent à leur actif. Krauss, cependant, dit-on, a relaté une paralysie post-variolique de la sixième paire. C'est en tout cas une observation exceptionnelle.

A propos des troubles moteurs post-varioliques, M. Ingelrans ajoute qu'une malade du service de M. Combemale vient de sortir du service avec un pseudo-tabes qui s'est développé à la fin de sa maladie.

M. Combemale dit qu'il n'a que très rarement observé d paralysies varioliques sur le très grand nombre de malades qu'il a soignés. Le seul cas qu'il ait pu étudier, dans cet ordre d'idées, concerne une jeune fille qui eut une parésie du voile du palais et des lèvres, en même temps que du tremblement, le tout terminé par la guérison. Ceci a été publié par lui en juin 1892 dans les *Archives de médecine*.

Fibrome de l'utérus

M. Le Fort présente des pièces anatomiques. Il s'agit d'un fibrome enlevé par morcellement chez une malade du service de M. Folet.

Hernie de la trompe

M. Le Fort a opéré, avec M. Davrinche, une femme qui présentait une hernie crurale étranglée, à droite. On rencontra d'abord une anse intestinale, puis la trompe utérine. La malade mourut. Il n'y a guère que vingt à vingt-cinq faits connus concernant les hernies de la trompe et presque tous ont trait à des hernies compliquées d'accidents. Cela s'explique si l'on considère que la trompe est un organe fort souvent infecté de par sa communication avec l'utérus. Dans le cas présent, l'intestin hernié était lui-même malade et le mécanisme qui a entraîné la mort est en réalité complexe.

Action de l'extrait de rein sur le glycogène et le sucre de lait

M. E. Gérard fait, sous ce titre, une importante communication qui sera publiée in-extenso.

M. Combemale insiste sur l'intérêt des expériences de M. Gérard. Elles pourraient peut-être servir à éclairer un peu la théorie rénale du diabète, sur laquelle on revient beaucoup depuis quelque temps.

M. Surmont demande pourquoi M. Gérard a pris tant de soin à écarter les moindres traces de sang. Est-ce parce que celui-ci serait capable de transformer le glycogène en sucre ? Mais la transformation du glycogène en glycose dans le sang doit être des plus réduites. M. Surmont a étudié le pouvoir d'hydrolyse du sang vis-à-vis du glycogène. Deux centigrammes de glycogène en solution dans 20 cc. d'eau sont additionnés de 1 cc. de sérum de chien

normal. Après vingt-quatre heures d'étuve, on ne trouve pas de glycose.

M. Gérard répond que cette transformation se fait surtout dans le foie, mais qu'il craignait la présence dans le sang d'une diastase capable d'hydrolyser le glycogène. Le sérum peut ne pas contenir cette diastase, si elle provenait par exemple, des leucocytes.

M. Surmont pense que si cette diastase existait dans les globules blancs, ceux-ci la laisseraient exsuder lors de la coagulation. Néanmoins, il n'était peut-être pas inutile, en effet, de se mettre à l'abri d'une action possible du sang.

Cancer du canal hépatique

MM. Ingelrans et **Brassart** présentent les coupes microscopiques d'un cancer du canal hépatique. Elles proviennent de l'autopsie d'une femme de quarante-cinq ans, décédée le 20 avril dernier, dans le service de M. le professeur Combemale. La malade était entrée à l'hôpital, le 28 février, avec un ictère olivâtre, datant de sept mois déjà. L'amaigrissement était considérable ; un prurit excessif existait nuit et jour. L'ictère a débuté assez subitement, sans phénomènes douloureux antérieurs. L'appétit est conservé ; nulle douleur. Le foie paraît normal quant à ses dimensions ; la vésicule n'est pas perceptible. Les matières fécales sont absolument décolorées pendant les dix mois que dure la maladie. La cholurie est au maximum ; pas de glycosurie; indicanurie.

Vis-à-vis d'un tel syndrome clinique, trois diagnostics étaient possibles ; cancer de la tête du pancréas, calcul engagé dans les voies biliaires, cancer du segment sous-hépatique de Devic. Le cancer du pancréas était assez peu probable, vu l'absence de douleurs, la non-dilatation de la vésicule, la conservation de l'appétit, l'absence de glycosurie. Contre la lithiase parlaient l'absence de coliques hépatiques antérieures, la décoloration permanente des fèces, la vésicule normale. Toutefois, ce diagnostic paraissait aussi probable que celui de cancer du canal hépatique qu'on ne peut jamais affirmer et dont on ne connaît que quinze cas (Rösch, Bähr, Schreiber, Schüppel, Aufrecht, Korczinski, Netter, Schmitt, Jenner, Hesper, Bezançon, Claisse, Gérâudel).

A partir du 22 mars, des poussées fébriles apparaissent. Dans l'hypothèse d'un calcul avec angiocholite secondaire, MM. Potel et Drucbert pratiquent sur notre demande une intervention chirurgicale. L'exploration de la partie accessible des voies biliaires restant négative, on abouche la vésicule à la peau. Cette vésicule contenait du pus. Pendant les trois semaines de survie, l'écoulement de bile par la fistule est très minime. La fièvre persiste à 39°5 ; le délire hépatotoxémique fait son apparition, en même temps que de la diarrhée. Mort dans le coma et par ictère grave hyperthermique dû au foie infectieux.

A l'autopsie, on passe une sonde dans l'ampoule de Vater. Le cholédoque est normal. Vésicule ratatinée, cystique normal. Au hile du foie, nodosité dure du volume d'une noix. Là, la sonde est arrêtée. Le canal hépatique, au niveau de ses branches d'origine, est sténosé sur une étendue de deux centimètres. Cancer en virole, comme c'est presque la règle. Foie assez gros.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithéliome cylindrique du canal hépatique. C'est un cancer squirrheux. Le foie est très altéré ; ses cellules sont nécrobiosées et fortement infiltrées de pigment.

M. Surmont fait remarquer que ce cancer a principalement agi comme moyen mécanique d'obstruction du canal hépatique et nullement comme néoplasme infectant. Au point de vue clinique, c'était aussi peu que possible du cancer. D'autre part, cet ictère chronique progressif continu, sans dilatation vésiculaire, devait faire porter le diagnostic d'occlusion du canal hépatique, c'est-à-dire qu'on devait poser un diagnostic topographique sans avoir en main de quoi préciser la nature de l'affection.

M. Ingelrans croit que même ce diagnostic de siège ne pouvait être certifié. En effet, la vésicule n'est pas dilatée dans l'obstruction calculeuse du cholédoque, le cancer de la tête du pancréas ne s'accompagne pas forcément de dilatation vésiculaire (Paviot) et, d'autre part, sur les quinze cas publiés de cancer du canal hépatique, une fois la vésicule était normale, deux fois elle était dilatée.

Variole et vaccination

M. Brassart, interne, présente la statistique des varioleuses du service de M. Combemale. Il est entré 66 femmes et enfants. Ces derniers étaient au nombre de 8. Sur ces 66 malades, 14 sont morts. Parmi les 8 enfants, sept n'avaient jamais été vaccinés, un l'avait été sans résultat. Sur l'ensemble, on note 14 personnes non vaccinées ; les autres n'étaient pas revaccinées. Une femme de vingt-cinq ans non vaccinée a eu néanmoins une forme discrète.

M. Oui. — Quel âge avait l'enfant vacciné sans succès et quand l'avait-on vacciné ?

M. Brassart. — Il avait huit ans et la vaccination avait eu lieu à la naissance.

M. Oui. — Des faits de vaccination sans succès suivis de variole ont été rapportés. Deux personnes ont été vaccinées peu de temps avant d'être atteintes de variole. Cela tient à ce que lorsqu'on opère en masse, il existe bien des causes d'insuccès, entre autres celle-ci, que les sujets ne laissent pas sécher le vaccin et se rhabillent trop tôt.

M. G. Gérard dit qu'on a actuellement un succès sur deux chez des enfants de six à sept ans, alors que vers dix ou douze ans le succès est bien plus exceptionnel.

M. Deléarde compte douze à quinze pour cent de succès pour les revaccinations.

M. Le Fort dit que cela dépend du vaccin, car chez les gardes républicains, il a noté 80 p. °/₀ de succès.

M. Surmont répond que cela tient aussi à la quantité de virus inoculée.

M. Looten pense que si des enfants très jeunes sont réfractaires à la vaccine, comme cela arrive, avant six ou sept mois par exemple, c'est peut-être qu'à cet âge ils ont une certaine immunité comme celle qu'ils ont pour la rougeole. Il signale deux jumeaux qu'il a fallu vacciner trois fois pour obtenir un résultat ; avec le même tube de vaccin, l'un d'eux a eu la vaccine, l'autre est demeuré indemne.

M. Oui dit qu'en effet de jeunes enfants restent quelque temps réfractaires, mais c'est rare. On a 97 p. % de succès dans les maternités chez les enfants de un à huit jours. Néanmoins, M. Oui signale deux enfants de la même famille qui n'ont pu être vaccinés avec succès qu'à la quatrième reprise, bien qu'il eût employé du vaccin de sources différentes.

M. Combemale cite également un enfant qui n'a été vacciné avec succès qu'à la troisième fois.

M. Looten demande si l'on peut sans crainte vacciner les diabétiques.

M. Dutilleul, qui n'a pas l'habitude de les vacciner, pose la même question.

M. Surmont répond que si l'on craint les infections secondaires chez les diabétiques, on doit prendre du vaccin glycériné ancien. Dans ces conditions, il ne reste plus que les agents de la vaccine, tous les microbes associés ont disparu.

Accidents fébriles d'origine intestinale chez les accouchées

M. Oui. — Les 23 juin et 27 octobre 1899, j'ai communiqué à la Société des observations touchant l'influence des désordres intestinaux sur la température pendant les suites de couches. Je viens de voir un cas de colite muco-membraneuse méconnue qui a produit une fièvre notable chez une femme qui venait de faire un avortement au troisième mois environ. L'œuf avait été expulsé en bloc, lorsqu'un matin la température atteignit 38°.

Le ventre était ballonné. Douleurs au creux épigastrique et dans les flancs. Pouls à 84 seulement. Dans l'infection puerpérale, les pulsations sont toujours plus rapides. La langue est très saburrale et l'état de l'intestin semble être dominant dans la production de la fièvre. A la suite d'un grand lavement, la malade a 39° le soir, sans que son état se modifie en rien. Le lendemain, 1er mai, rien du côté des organes génitaux. 37 degrés, puis 37°3. Le lendemain matin, 36°9, le soir, 37°8. Douleurs dans les flancs : administration d'huile de ricin ; alors trois selles muco-membraneuses. 37°8 pendant deux jours, puis retour à la normale. Quinze jours après, fièvre de 38°4. L'huile de ricin amène une débâcle avec muco-membranes. Etat général parfaitement bon.

Je signale ce fait au point de vue d'une confusion possible avec le puerpérisme infectieux. En réalité, la colite muco-membraneuse était en jeu et j'appris plus tard que la malade, la veille de sa fièvre, s'était donné une forte indigestion avec vomissements.

M. Ingelrans dit que la colite muco-membraneuse est caractérisée par trois termes : une constipation opiniâtre, des paroxysmes douloureux avec expulsion de selles muco-membraneuses, enfin des poussées fébriles qui font partie du tableau clinique de l'affection. La malade de M. Oui a fait une de ces attaques fébriles après son avortement et à l'occasion d'une indigestion. Il est certainement important de ne pas croire à l'infection puerpérale et on pouvait s'y tromper puisqu'on ignorait cette colite, mais en réalité l'état puerpéral n'a été pour rien dans la fièvre observée.

M. Oui répond que les crises fébriles sont assez rares dans la colite muco-membraneuses. Le fait qu'il signale se distingue surtout au point de vue du diagnostic, car, puisqu'on ignorait la maladie, on était amené à soupçonner la fièvre puerpérale. C'est à cet égard que l'observation offre de l'intérêt.

BIBLIOGRAPHIE

Les **Trois leçons sur la structure du poumon,** par le professeur Laguesse, publiées dans *l'Echo Médical du Nord* en 1901, ont été réunies en une brochure, que nos lecteurs trouveront à la librairie Taillandier, rue Faidherbe, au prix de **1** franc.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Notre Carnet

Le mardi 20 mai a été célébré, à Reims, le mariage de M. le docteur Louis Favier, de Pont-à-Marcq (Nord), avec Mademoiselle Louise Champeaux. Nous adressons nos meilleurs souhaits de bonheur aux jeunes mariés.

— Le docteur Ed. Painblan nous fait part de la naissance de son fils Pierre.

M. C. Paul, étudiant en médecine, nous fait part de la naissance de son fils Max.

Nous adressons aux heureux pères, nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 282. Sixième Année N° 23 Le Numéro : 10 centimes. 8 Juin 1902

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Syringomyélie post-traumatique (1)

par

le Dr **Ingelrans**, Chef de clinique médicale et **H. Brassart**, Interne des hôpitaux de Lille

Les traités classiques enseignent que le traumatisme, et plus particulièrement les chutes d'un lieu élevé, ont précédé d'assez près, chez plusieurs malades, les premiers symptômes de la syringomyélie. DUPONT, dans sa thèse, conclut que la maladie consécutive à un traumatisme est très rare : il s'agirait d'un fait particulier de la loi générale de l'action des blessures sur le développement et l'évolution des tumeurs. Tout récemment, GUILLAIN admet l'influence de la névrite ascendante sur la production de cavités médullaires : cette névrite relève de traumatismes spéciaux.

Nous avons à parler d'un malade qui devint syringomyélique trois mois après une chute d'un lieu élevé. A son sujet nous croyons intéressant de dire deux mots de l'état de la question, tel que SCHLESINGER l'expose dans la nouvelle édition de sa monographie (1902).

Il faut distinguer deux catégories de faits : dans l'une, les symptômes médullaires apparaissent d'emblée dès le traumatisme ; dans l'autre, ils se développent petit à petit en s'accentuant. Le premier groupe contient des cas étrangers à la syringomyélie vraie et, en ce qui concerne l'adulte, il n'est pas démontré qu'il faille en tenir compte au point de vue de cette affection. Le second groupe comprend des observations de diverse nature.

D'abord, dans quelques-unes, on voit nettement qu'il y avait des signes non douteux de myélopathie avant l'accident : il n'y a donc point lieu de s'en occuper davantage. Dans d'autres, on incrimine une blessure ou un choc si insignifiants que c'est une illusion d'y voir une cause sérieuse de maladie. Il reste après cela une série notable de cas bien nets où un rapport paraît établi entre un accident et l'éclosion des symptômes caractéristiques.

A la suite d'une commotion de la moelle épinière, on a vu la maladie naître et se développer. Bien souvent, un intervalle plus ou moins long a séparé la cause de ce que l'on considère comme l'effet. Or, dans les cas jusqu'ici publiés, les individus traumatisés n'avaient point fait auparavant l'objet d'un examen médical qui put dire si, oui ou non, ils étaient indemnes de toute affection du système nerveux. Ceci a une importance capitale, car on n'ignore pas combien le début de la syringomyélie peut être insidieux. On ne pourrait strictement parler d'origine traumatique que si l'on possédait un sujet dont l'accident dit initial fût survenu entre deux examens neurologiques sérieux.

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*.

Encore faudrait-il qu'il n'existât point d'autre étiologie probable et qu'on fût en possession d'une série de faits du même ordre. C'est demander l'impossible ; mais, cela étant, la certitude n'est pas de mise. On doit se borner à penser qu'il est de la plus grande vraisemblance qu'une syringomyélie traumatique existe bien, à s'en rapporter à ce qui a été vu par de bons observateurs. De plus, dit SCHLESINGER, puisqu'il est exceptionnel de voir cette maladie s'installer de cette façon, on peut croire que les tissus de la région épendidymaire ont quelques propriétés vitales congénitales qui les font réagir d'une manière particulière chez telles ou telles personnes. Nous signalons cette explication pour ce qu'elle vaut.

Le traumatisme pourrait enfin avoir sur la moelle une action d'un tout autre genre quand il a lui même une nature spéciale. C'est de la névrite ascendante que nous parlons. Des lésions des nerfs périphériques auraient des conséquences éloignées pour la moelle épinière par le mécanisme de l'inflammation chronique ascendante. Mais, dans plus d'une observation qui semblerait justifier ce mécanisme, ou bien la blessure initiale est extrêmement minime, ou bien des mois et des années se sont écoulés entre sa production et l'apparition de la syringomyélie. Bref, SCHLESINGER déclare que les faits démonstratifs font défaut à l'appui de cette hypothèse.

Or, en février 1902, GUILLAIN a montré un homme de 50 ans qui s'était fait en 1881, une piqûre à la paume de la main gauche, d'où phlegmon diffus qu'on incisa. Trois mois après, la main était amaigrie ; l'année suivante c'est le tour de l'avant-bras et du bras. En 1889, il était regardé comme un exemple de névrite ascendante. En 1896, déformation thoracique, scoliose, thermo-anesthésie, trémulations fibrillaires. La syringomyélie est aujourd'hui indiscutable. Il y a eu infection de la moelle par des microbes ou des toxines suivant la voie des nerfs. Une autre fois, la maladie a débuté après un phlegmon de l'aisselle. Dans un cas d'EULENBURG, elle suit un phlegmon de l'avant-bras et de la main. En résumé, si on a décrit une phase radiculaire de la névrite ascendante, il y a lieu de lui décrire une phase médullaire qui se traduit, dans ces cas, par la production d'une cavité.

Les chutes sur les extrémités, les tiraillements des doigts et leur torsion ont également été incriminés. Ces accidents entraîneraient des altérations secondaires de la moelle analogues aux hémorrhagies et aux ruptures médullaires signalées à la suite de l'élongation chirurgicale du sciatique. La question de prédisposition doit encore être agitée en présence de telles conséquences.

Les lignes qui précèdent résument tout ce que l'on sait sur cette intéressante question. Névrite ascendante ou traumatisme notable en un point quelconque, voilà les deux rubriques sous lesquelles on peut ranger certains malades. Le nôtre rentre dans la deuxième. Il est permis de penser que, chez lui, la chute sérieuse qu'il a faite a été pour une part dans l'apparition de la syringomyélie dont il est atteint. Voici son observation, curieuse d'ailleurs à plus d'un point de vue.

OBSERVATION. — Chrétien D...., âgé de 23 ans, entre à l'hôpital de la Charité de Lille, dans le service de M. le professeur COMBEMALE, salle Ste-Catherine, n° 4, le 3 décembre 1901. Il vient se faire soigner d'un eczéma symétrique des mains et des avant-bras.

Son père est mort accidentellement. Sa mère et ses trois frères sont bien portants. Son état de santé générale est bon. Il ne se souvient pas d'avoir eu aucune maladie antérieure a celle qu'il présente : il déclare en outre n'avoir jamais été atteint d'accidents vénériens. Il est né à Lille et a toujours demeuré dans la région.

Il y a six ans, en août 1895, il était couvreur. A ce moment, il tomba d'un toit assez élevé. Il en fut quitte pour des contusions multiples qui l'obligèrent à garder le lit un mois. Complètement remis, il choisit un métier moins dangereux et devint garçon de magasin chez un marchand de grains. C'est là qu'il remarqua pour la première fois une certaine faiblesse dans les bras, spécialement à gauche. Au bout d'un mois en effet, il dut quitter son service parce qu'il lui était devenu impossible de soulever les sacs de grains. Ceci se passait à la fin de 1895, trois mois environ après sa chute. Il avait alors dix-sept ans.

Au mois de février 1896, il s'engage à la Compagnie des tramways comme garçon de cour et d'écurie. Il raconte qu'à ce moment, il ressentait nettement une sensation toute particulière de faiblesse dans les membres supérieurs, surtout du côté gauche. Quelques gerçures se produisirent aux doigts, qui le gênaient pour travailler et furent longtemps rebelles à tout traitement. Au bout de quatre mois, il fut de nouveau obligé de quitter sa place, car, dit-il, son bras gauche était si faible qu'il lui était impossible de soutenir une brouette. Dès lors il ne peut plus travailler, car le côté droit devient aussi mauvais que le gauche.

En juillet 1896, on lui fait des séances de massage et d'électrisation sans aucune espèce d'amélioration. La paralysie atrophique progresse et à la fin de 1896, l'état est le même qu'aujourd'hui.

Il y a trois mois, apparition d'une éruption eczémateuse qui s'étend sur les mains et les avant-bras et persiste jusqu'au jour de son entrée.

Etat actuel. — On se trouve en présence d'un homme de taille moyenne, mais robuste et qui ne paraît guère avoir maigri.

Au premier aspect, on est frappé par un rétrécissement accentué de la fente palpébrale gauche et par de l'enophtalmie du même côté, avec myosis d'intensité moyenne.

Il semble, de plus, qu'il y ait une légère hémiatrophie faciale gauche. La pommette paraît moins saillante et la bosse frontale moins prononcée qu'à droite. En tout cas, c'est fort peu de chose.

Le malade est quasi-impotent de ses mains. Elles sont toutes deux en griffe par atrophie des interosseux : le pouce est en abduction et sur le même plan que les autres doigts. On ne parvient pas à étendre complètement les doigts, à cause d'un certain degré de rétraction tendineuse. D'autre part, la flexion complète des doigts dans la main est impossible, de même que l'opposition du pouce.

Les éminences thénar et hypothénar n'existent plus. Les mains sont décharnées, les espaces intermétacarpiens sont creux. Legère extension du poignet : tendance à la main de prédicateur. Les avant-bras sont le siège d'une

amyotrophie très marquée, en avant et en arrière jusqu'au coude. Au-dessus de cette articulation, la musculature est normale.

On n'arrive pas à faire tenir un dynamomètre dans la main du sujet. Celui-ci peut parfaitement lever les bras. Il s'habille seul, mais fort maladroitement. Il arrive même, avec difficulté, il est vrai, à rouler une cigarette ; mais il a essayé de peler des pommes de terre sans y réussir, il est gêné pour boutonner sa veste, etc. ; les mouvements de la tête sont normaux.

La marche n'est nullement troublée. Les muscles du tronc et des membres inférieurs sont intacts. Le réflexe patellaire offre une évidente exagération d'intensité. Pas de clonus du pied. Les signes de Babinski et de Romberg n'existent point. Réflexes plantaire, crémastérien conservés ; abdominal, olécrânien, radial, pharyngien, cornéen abolis : aucun trouble de la sensibilité subjective.

La sensibilité objective est normale pour toute la partie inférieure du corps depuis la région sous-ombilicale, en ce qui concerne la douleur et la température. Le tact est conservé sur toute la surface du revêtement cutané. Le sens musculaire n'est pas atteint : la notion de position est conservée. Analgésie complète des membres supérieurs, du cou, de la partie postérieure de la tête, du tronc jusqu'à l'ombilic. La piqûre est mal perçue à la face, mais lorsqu'elle est forte et profonde le malade finit par la sentir.

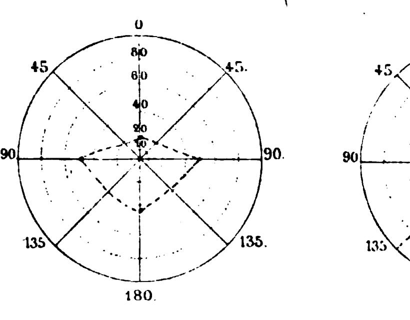
Le thermocautère n'éveille dans ces régions ni douleur, ni sensation de chaleur, sauf à la face comme on vient de le dire. Le froid n'est pas non plus perçu.

Pendant qu'on recherche l'état de la sensibilité, on constate l'existence de continuelles trémulations fibrillaires dans les muscles atrophiés et même dans le biceps brachial et le deltoïde.

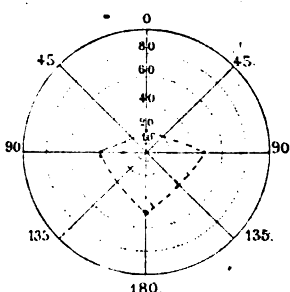
buccale et nasale conservée sous tous ses modes. Phonation normale : rien à la langue, ni au larynx.

Eczéma rouge suintant localisé aux mains et aux avant-bras. Avant son apparition qui date de trois mois, s'étaient produites aux mains des fissures, des rhagades tout à fait insensibles d'ailleurs : puis de l'eczéma se montre dans les

Figure III



Œil droit

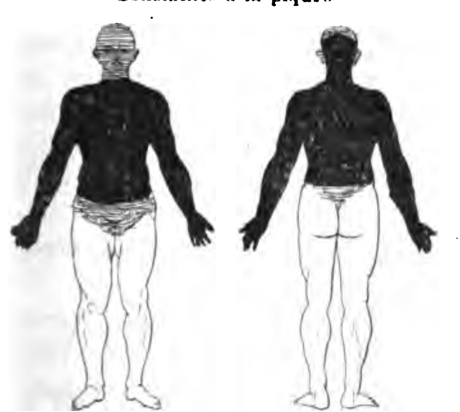


Œil gauche

plis interdigitaux et en moins d'un mois gagne toute la surface qu'il occupe actuellement, c'est-à-dire qu'il recouvre les régions amyotrophiques. Sous l'influence d'un traitement approprié, cet eczéma a totalement disparu.

L'histoire du malade en question se résume donc ainsi : trois mois environ après une chute, débute chez lui une atrophie musculaire progressive qui gagne les avant-bras, après avoir atteint les mains. Le côté gauche a été pris le premier et paraît un peu plus touché. Cette amyotrophie s'accompagne d'une dissociation syringomyélique topographiée en veste. A gauche, rétrécissement de la fente palpébrale, enophtalmie, myosis ; peut-être un léger degré d'hémiatrophie faciale. Exagération des réflexes rotuliens ; rétrécissement du champ visuel ; hypéridrose généralisée. Trémulations fibrillaires dans les muscles atrophiés. Eruption eczémateuse bilatérale recouvrant les régions amyotrophiques. Dans ces conditions, le diagnostic de cavité médullaire s'impose et nous ne le discuterons pas.

Figure I
Sensibilité à la piqûre



Les parties noires sont absolument insensibles. Les parties striées transversalement restent sensibles à la piqûre forte et profonde.

Figure II
Sensibilité thermique

Les parties noires sont insensibles à la brûlure et au froid. Les parties striées transversalement ne sont sensibles qu'à un fort degré de chaleur ou de froid.

Le rôle étiologique du traumatisme a été exposé au début. Ce sujet est encore intéressant par plus d'un côté.

Les schémas ci-joints indiquent, en outre, une zone d'hypoesthésie thermique et douloureuse à l'hypogastre et à la région lombaire.

Le rachis n'est pas dévié. Vessie et rectum fonctionnant bien. Viscères sains, urines sans sucre, ni albumine, de quantité moyenne. Intelligence ordinaire, sommeil bon, nul trouble psychique, mémoire moyenne. Sudation considérable généralisée. Le champ visuel est rétréci. Le voici (fig. III) pour le blanc, tel qu'on l'a mesuré à l'entrée du malade :

Les réflexes pupillaires n'ont subi aucune altération. Ouïe, odorat et goût non touchés. Sensibilité des muqueuses

La topographie des troubles de la sensibilité ne peut être chez lui d'aucun secours pour appuyer la théorie radiculaire ou la théorie segmentaire : cette distribution en veste s'explique également avec l'une et avec l'autre. Mais un point qui mérite attention, c'est de voir, chez un homme à syringomyélie bilatérale, les altérations du sympathique n'exister que d'un seul côté. Le myosis, le rétrécissement de la fente palpébrale, l'enophtalmie sont d'ordinaire unilatéraux comme ici ; mais ils accompagnent une syrin-

gomyélie unilatérale ou bien des cas où l'amyotrophie des membres supérieurs prédomine fortement d'un côté. Dans notre cas, le bras droit est à peu près aussi atteint que le gauche et la paralysie du sympathique cervical est néanmoins unilatérale. La cavité médullaire n'atteint donc pas les origines du sympathique à droite bien qu'elle doive en être très voisine. Au cours de l'évolution de la maladie, il est donc fort possible que le sympathique droit se paralyse à son tour par destruction de ses origines.

La paralysie des filets sympathiques provenant de la lésion cervicale de la moelle semble avoir produit un très léger degré d'hémiatrophie faciale. C'est tout au moins l'explication qu'on donne de l'hémiatrophie et les cas en sont très rares (Graf, Chabanne, Lamacq, Dejerine et Mirallié, Queyrat et Chrétien, Schlesinger).

Enfin, faut-il considérer l'eczéma symétrique de notre malade comme un trouble trophique cutané ? Schlesinger dit que, dans la syringomyélie, on voit assez souvent se développer de l'eczéma des mains et des pieds, qui, dans sa forme chronique, peut durer des mois et des années. Les mains et les doigts surtout peuvent présenter de l'eczéma croûteux ou fissuraire, avec des rhagades. Les avant-bras sont plus rarement atteints. On peut évidemment dire qu'il s'agit d'une pure coïncidence. Nous nous bornons à signaler ce point, sans y attacher d'importance, le malade méritant d'être étudié à bien d'autres égards, en particulier en ce qui concerne l'étiologie de sa syringomyélie qui, nous le répétons, nous paraît dépendre, au moins pour quelque part, d'un traumatisme initial.

BIBLIOGRAPHIE (*Influence du traumatisme*)

Bawli. Thèse de Kœnigsberg, 1896. — Bernhardt. *Deuts med. Woch.*, 1893. — Brasch. *Aerztl Sachverstandigenzeitung*, 1897, p. 65. — Dejerine. Passim. — A. Dupont. Thèse de Paris, 26 nov. 1898. — Eulenburg. *Verein f. inn. Med. Berlin*, 22 avril 1895, 18 mai 1896 — Gieson. *J. of nerf and ment. diseases*, 1889. — Guillain. Thèse de Paris 1902. *Soc. med. des hôpit. de Paris*, 14 février 1902. — Hellich. *Sbornlek v. Praze*, 1890 — Hoffmann. Syringomyélie, 1891. — Huismans. *Deuts. med Woch.* 1897, n° 8. — Harken Justus Thèse de Kiel. 1883. — Kienbock. *Jahrb. f. Psych.*, 1901. — Lax et Müller *Deuts. Zeitschr. f. Nervenheilk*, XII, 3-4 — Lloyd. *Brain*, 1898, p. 21. — Miès Deux cas après blessure du pouce. *Munch. med. Woch*, 1896, n. 19. — Müller. *Monatsschr. f. Unfallheilk*, 1897, n. 1. — Minor. Congrès de Moscou, 1897. — Pitres et Sabrazès. L'hematomyélie, *Arch. de méd. exp.* 1898. — Oppenheim. Traité 1902, 3e edit — Silcock. *Trans. of the path. Soc.* 1888. — Schmey *Monatssch f. Unfallheil.*, 1897, p. 173. — Schunk. Thèse de Bonn, 1898. — Schultze. *Congrès de Moscou*, 1897. — Schlesinger. Die Syringomyélie. 2e édition, 1902. — Spiller. *Intern. méd. Magazine*, 1896, n. 3. — Sachs et Freund. Mal. du s. nerveux, Berlin, 1899. — Wagner et Stolper *Deuts Chirurgie*, 1898, Stuttgart, Laehr, Storch, Schmaus, Strümpell, etc.

Nouvelles expériences sur l'action biochimique du rein. — Explication possible de certaines néphrites toxiques

par le Dr **Er. Gérard**, agrégé, chargé de cours.

Dans plusieurs notes parues successivement, nous avons montré avec M. Abelous que la pulpe rénale contient un ferment qui réduit les nitrates en nitrites, qui décolore le bleu de méthylène et qui, en outre, semble donner de l'aldéhyde butyrique aux dépens de l'acide butyrique. Cette diastase agit donc comme désoxygénant (1).

Dans le cours de nouvelles expériences, nous avons été amenés à conclure que, dans les macérations aqueuses de rein de cheval, il y a coexistence d'un ferment soluble réducteur et d'un ferment soluble oxydant, la présence de ce dernier pouvant entraîner la disparition d'une certaine partie des produits formés par l'action du ferment réducteur (2).

En continuant l'étude de ces diastases rénales, M. Abelous et moi avons essayé de déterminer si ce nouveau ferment réducteur, agissant dans les expériences précédentes comme simplement désoxydant, n'était pas aussi susceptible d'être hydrogénant. Nous avons pu en effet transformer, par hydrogénation produite par la pulpe du rein de cheval, de la nitro-benzine en aniline (3).

Cette transformation d'un dérivé nitré en amine peut présenter une importance considérable pour expliquer la formation dans l'organisme des bases animales par un processus identique à celui de notre ferment réducteur. Ces résultats viennent une fois encore corroborer l'opinion de M. Arm. Gautier, à savoir « que certaines bases se produisent dans nos tissus à l'abri de tout germe de putréfaction et durant la vie normale, en particulier dans les cellules qui vivent anaérobiquement ».

D'autre part, le fait que nous avons établi *de la coexistence d'un ferment oxydant et d'une diastase réductrice et de la prédominance des fermentations réductrices en l'absence d'oxygène*, semble bien confirmer également cette autre théorie, émise depuis longtemps par le même savant, que les bases animales peuvent disparaître par oxydation, ou se constituer, au contraire, lorsque diminue l'énergie des réactions générales provoquées par l'oxygène, dès que la respiration faiblit et que s'accentuent les phénomènes de réduction comme dans certaines maladies.

Enfin j'ai montré (4) que l'extrait aqueux de rein lavé par une injection prolongée d'eau distillée faite par les vaisseaux de l'organe excisé transforme la créatine en créatinine *par déshydratation*. On rencontre une fois de plus cette action déshydratante des macérations aqueuses de rein. Récemment MM. Abelous et Ribaut ont, en effet réalisé la synthèse de l'acide hippurique par des macérations aqueuses fluorées de rein de cheval.

Poursuivant toujours l'étude biochimique du rein, j'ai pu retirer de l'extrait de rein de cheval et de celui du

(1) Compte-rendus Acad. des Sciences. t. CXXIX, p. 56, et t. CXXIX, p. 164 (Abelous et E. Gérard).

(2) Comptes-rendus Acad. des Sciences, t. CXXIX, p. 1023 (Abelous et E. Gérard).

(3) Comptes-Rendus Acad. des Sciences, t. CXXX, p. 420 (Abelous et E. Gérard).

(4) Comptes-Rendus Acad. des Sciences, t. CXXXII, p. 153 (E. Gérard).

lapin un ferment soluble, précipitable par l'alcool et agissant comme l'émulsine, c'est-à-dire susceptible d'hydroliser certains glucosides comme l'amygdaline et la salicine (3).

En plus donc des phénomènes de déshydratation qui s'accomplissent dans le tissu rénal, on observe aussi des phénomènes d'hydratation et on sait que Schmiedeberg et Minkowski ont signalé dans le tissu du rein de porc ou de chien, la présence d'un ferment soluble qui hydrate l'acide hippurique.

La note que j'ai l'honneur de présenter à la Société Centrale de médecine du Nord a pour but de relater les premiers résultats d'un travail que j'ai entrepris avec mon préparateur, M. Lambert, sur les processus de dédoublement qui peuvent s'effectuer dans le rein en choisissant surtout des substances médicamenteuses. Il est très vraisemblable qu'on pourra expliquer certaines altérations rénales observées à la suite de l'absorption de certaines substances chimiques qui, en se dédoublant ou se décomposant dans le rein, donnent naissance à des produits susceptibles de retentir sur cet organe.

Voici les expériences :

On prive le rein de cheval de sang par une injection prolongée d'eau distillée faite par les vaisseaux de l'organe excisé. Le rein ainsi lavé est pulpé, puis mis en macération à 42° avec son poids d'eau distillée en présence de chloroforme pour empêcher toute intervention des microorganismes.

On fait agir cette macération aqueuse filtrée sur divers médicaments bien définis, comme l'acétanilide, le gaïacol, le salicylate de méthyle, le crésalol, le salol, et le benzonaphtol.

1° ACTION SUR L'ACÉTANILIDE

A. — 50 c. c. de la macération aqueuse filtrée sont additionnés de 2 c.c. de chloroforme et de 0 gr.30 d'acétanilide.

B. — 50 c. c. de la macération filtrée sont soumis à l'ébullition, puis additionnés de 2 c. c. de chloroforme et de 0 gr. 30 d'acétanilide.

Les deux flacons sont placés dans une étuve à 42° pendant 24 heures.

Au bout de ce temps, on agite séparément les deux flacons dans une ampoule à robinet avec 80 c. c. d'éther pur. On décante la liqueur éthérée et on l'évapore. Le résidu de l'évaporation est repris par l'eau.

Resultat. — Le lot A donne avec l'hypochlorite de soude une coloration bleue pâle, qui vire au rose sous l'influence du sulfhydrate d'ammoniaque.

LE LOT B NE DONNE AUCUNE RÉACTION.

Par conséquent, la macération aqueuse filtrée de rein de cheval non bouilli dédouble l'acétanilide avec mise en liberté d'aniline.

2° ACTION SUR LE GAIACOL

A. — 50 c. c. de macération de rein filtrée sont additionnés de 2 c. c. de chloroforme et de 0 gr. 20 de gaïacol synthétique cristallisé.

B. — Même mélange que A, mais en faisant au préalable bouillir la macération de rein pour détruire tous les ferments solubles.

Après un séjour de 24 heures à l'étuve à 42°, les deux lots sont traités isolément par l'éther. La solution éthérée décantée est évaporée et le résidu est redissous dans une petite quantité d'eau.

Cette solution aqueuse présente les réactions de la pyrocatéchine : précipitation par le sous-acétate de plomb, réduction *à froid* de l'azotate d'argent, coloration vert foncé en présence du perchlorure de fer, coloration passant au violet par l'ammoniaque.

Par suite, la macération aqueuse filtrée de rein de cheval, *non soumise à l'ébullition*, saponifie le gaïacol ou éther méthylique de la pyrocatéchine en mettant de la pyrocatéchine en liberté.

3° ACTION SUR LE SALICYLATE DE MÉTHYLE

Si on répète les expériences précédentes en employant comme produit à décomposer le salicylate de méthyle, on remarque que la macération aqueuse du rein non soumise à l'ébullition, décompose le salicylate de méthyle avec production d'acide salicylique libre.

Nous avons expérimenté également avec le salol, le crésalol et le benzonaphtol, tous ces corps sont décomposés, comme ils le sont dans l'intestin, avec hydratation, et formation d'acide salicylique et de naphtol libres par les macérations aqueuses de rein non bouilli.

Inutile de dire que l'on s'est assuré de la pureté absolue des produits employés.

Il faut donc admettre que le rein privé de sang renferme une ou plusieurs substances solubles qui décomposent ces divers médicaments chimiques. Comme les extraits aqueux soumis à l'ébullition sont inactifs, il est vraisemblable que nous avons affaire à des diastases ; du reste, on a pu séparer ces ferments par l'alcool absolu. A cet effet, on a précipité l'extrait aqueux de rein lavé par 5 fois son poids d'alcool. Le précipité formé est recueilli, lavé à l'alcool et désséché dans le vide, puis il est remis en dissolution dans de l'eau chloroformée. Cette solution aqueuse se conduit vis-à-vis des produits examinés comme la macération de rein.

Les faits que je viens de signaler montrent une fois de plus d'abord que le rein n'est pas seulement un filtre, mais une glande possédant une véritable activité biochimique. La décomposition au contact du tissu du rein de certains

(1) Comptes-Rendus Société de Biologie, t. 411, p. 543.
(2) Comptes-Rendus Société de Biologie, 26 janvier 1901.

médicaments dont la liste, à mon avis, doit être longue, peut, je crois, expliquer les albuminuries le plus souvent passagères observées lors de l'administration de ces médicaments. En effet, les produits qui en résultent, comme l'acide salicylique, la pyrocatéchine ou l'aniline formés, pour ainsi dire à l'état naissant, exercent une action nocive sur le rein.

Entéro-colite avec fièvre pendant les suites de couches

par M. le docteur Oui, agrégé des Facultés de Médecine
Chargé d'un cours d'accouchements à l'Université de Lille

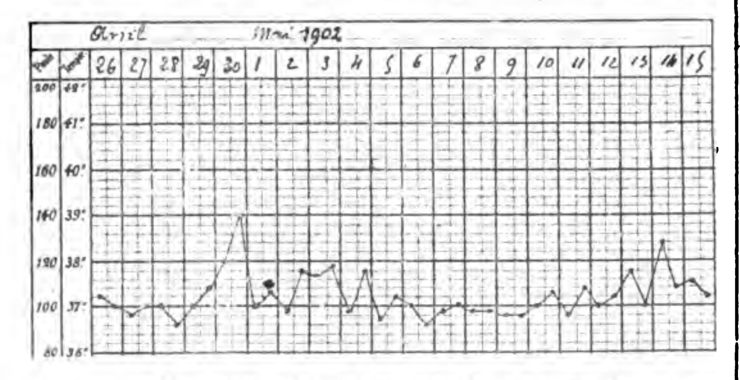
La nommée L..., Louise, âgée de 20 ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur, le 24 avril 1902. Cette jeune fille a un passé pathologique assez chargé elle a eu la scarlatine à 11 ans, la rougeole à 12 ans. Elle a été soignée à deux reprises à l'hôpital Saint-Sauveur et à l'hôpital de la Charité pour bronchite et aussi pour des attaques d'hystérie. Dans ses antécédents héréditaires et collatéraux, on note que sa mère est morte de tuberculose pulmonaire à 42 ans. Une de ses sœurs serait morte de tuberculose péritonéale.

Réglée pour la première fois à 15 ans. Ses règles sont courtes (une journée), non douloureuses, extrêmement irrégulières.

Elle a eu ses règles pour la dernière fois dans les premiers jours de janvier. Depuis, elle est en proie à un malaise général et se plaint de somnolences continuelles.

Depuis vingt-quatre heures, elle perd du sang en assez grande abondance et éprouve quelques douleurs abdominales. Inquiétée par ces douleurs et par l'abondance relative de ce qu'elle croit être le flux menstruel, elle se présente à l'hôpital où on constate qu'elle est enceinte et sur le point d'avorter.

Elle est admise dans la salle d'accouchements et, le 25 avril, dans la matinée, elle expulse en un seul temps un œuf de 3 mois environ, absolument complet. Le 30 avril, tout s'étant jusqu'alors passé très régulièrement, la température est, le matin, de 38°. La malade se plaint de souffrir du ventre. Nous constatons que l'abdomen est légèrement ballonné. La pression détermine de la douleur au niveau du creux épigastrique et dans les flancs. L'utérus est normal, absolument indolore. Les lochies ne présentent rien de particulier.



La langue est sale, le pouls est à 84. Etant donné tous ces signes et, aussi, ce fait que la malade n'a eu que des selles très peu abondantes depuis son avortement, nous rapportons au tube digestif la fièvre constatée. Un grand lavement évacuateur est ordonné.

Le soir, la température est à 39°. Le lavement donné dans l'après-midi a amené une selle assez abondante.

La malade avoue alors que les visiteurs qu'elle a reçus la veille lui ont apporté des gâteaux et qu'elle en a mangé de façon immodérée. Dans la nuit, elle a eu des vomissements et, craignant d'être réprimandée, elle s'est levée pour en faire disparaître les traces.

Le 1er mai, la température est revenue à la normale.

Le 2 mai, température vespérale 37°8. 15 grammes d'huile de ricin sont ordonnés pour le lendemain matin.

Le 3 mai, température matin : 37°7 ; soir : 37°9.

L'huile de ricin a produit plusieurs selles recouvertes d'abondantes et épaisses fausses membranes.

Le 4 mai. Le ventre est moins ballonné. Il persiste un peu de douleur dans les flancs, La température s'élève, le soir, à 37°8. A partir de ce moment, on fait tous les jours un lavage de l'intestin avec un litre d'eau bouillie à 42°. La température reste normale jusqu'au 13 mai. Pendant cette période, les fausses membranes sont devenues beaucoup moins abondantes.

Le 13 mai, nouvelle élévation de température : 37°8. Douleur à la pression le long du côlon ascendant et du côlon descendant.

Le 14 mai, température 38°4. Huile de ricin qui amène dans la journée deux selles avec des fausses membranes extrêmement abondantes.

Le lendemain, plus de douleur. Température normale.

La malade sort en bon état le 20 mai.

Cette observation m'est une occasion nouvelle d'insister sur les manifestations fébriles dues aux troubles digestifs pendant les suites de couches. Il a suffi, chez la malade dont je viens de retracer l'histoire, d'une simple indigestion pour produire une température de 39° et ce n'est que quarante-huit heures après que l'expulsion des fausses membranes nous a permis d'affirmer le diagnostic d'entéro-colite.

On remarquera, aussi, que lors de la seconde hyperthermie qui s'est produite les 13 et 14 mai, les fausses membranes étaient très rares depuis quelques jours et n'ont été expulsées en abondance que sous l'influence d'un purgatif.

Les symptômes observés permettaient, d'ailleurs, d'écarter l'hypothèse d'une infection puerpérale. La douleur le long du côlon, la lenteur relative du pouls et l'intégrité absolue des organes génitaux nous avaient, dès le début, fait attribuer la fièvre à un état morbide de l'intestin, diagnostic que l'événement confirma.

Consultations Médico-Chirurgicales

Iritis

Docteur E. Painblan.

Cette affection oculaire, fréquente, revêt des formes très diverses tant à cause de son étiologie multiple que des détails anatomopathologiques, fort variables selon les cas. Le corps ciliaire, qui est nourri par les mêmes vaisseaux que l'iris, participe souvent à l'inflammation (iridocyclite).

INFORMATIONS CLINIQUES. — Un individu, sous l'influence d'une cause qu'il est important de découvrir, accuse des douleurs vives, qui partent de l'œil, occupent le pourtour de l'orbite, et s'irradient dans la direction des branches de l'ophtalmique de Willis (douleurs ciliaire, occipitale, hémicrânie). Ces douleurs, qui n'ont rien de fixe, sont à peu près continues, mais avec des exacerbations nocturnes, suivies d'une sensation pénible de pesanteur. D'intensité très variable, généralement assez marquées pour entraîner l'insomnie, elles peuvent cependant être nulles (iritis torpide). Ce malade a de la photophobie, parfois du blépharospasme, son œil larmoie abondamment. La vision est plus ou moins troublée.

L'œil, modérément rouge, présente une injection périkératique marquée et parfois du chémosis séreux; la sécrétion conjonctivale est toujours minime. L'humeur aqueuse est louche, surtout à la partie inférieure de la chambre : Il peut y avoir de l'hypohémia, de l'hypopyon.

L'iris est décoloré, terne, grisâtre ou verdâtre et paraît plus épais qu'à l'ordinaire. La pupille petite, moins noire, de teinte gris sale, ne réagit que peu ou pas du tout à la lumière. Des synéchies postérieures, pathognomoniques de l'affection, ne tardent pas à apparaître ; au reste l'instillation d'un collyre faible à l'atropine, dilatant irrégulièrement la pupille, renseignera mieux sur leur existence et sur leur résistance. La recherche de ces différents signes est facilitée du reste par l'éclairage oblique et l'emploi de la loupe. Le tonus est généralement diminué, quelquefois normal, parfois aussi augmenté (iritis glaucomateuse).

Le diagnostic de l'affection oculaire est fait : on reconnaît à ces signes l'*iritis*.

INDICATIONS ÉTIOLOGIQUES, PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — Nombre de causes provoquent l'iritis ; mais quelques signes seulement renseignent sur sa nature : l'iritis syphilitique est généralement plus torpide ; la rhumatismale plus aiguë et très douloureuse. Mais il y a entre les deux tous les intermédiaires.

Ce qu'il faut avant tout retenir, c'est que l'iritis est toujours d'origine infectieuse. Cette origine infectieuse peut parfois passer inaperçue : elle n'en existe pas moins, et tous vos efforts doivent tendre à la déceler.

Etant donnée l'importance au point de vue du traitement de la cause, les manifestations extraoculaires de l'affection causale soupçonnée seront recherchées avec soin.

1° La *syphilis* étant la cause la plus fréquente (60 °/₀), surtout la syphilis acquise, on se rappellera que l'apparition de l'iritis, déjà fréquente au troisième mois, a son maximum au sixième mois après le chancre, et qu'elle coïncide souvent avec des manifestations cutanées (syphilides papuleuses, ecthyma). Le plus souvent monolatérale, l'iritis syphilitique a fréquemment un début insidieux, une marche torpide et lente ; les premiers symptômes peuvent passer inaperçus.

2° Le *rhumatisme* et la *goutte* seront ensuite soupçonnés et si le malade vous apprend qu'il a eu autrefois des poussées de rhumatisme articulaire, ou des accès de goutte, que l'attaque d'iritis, très aiguë, du reste, a été précédée ou accompagnée de gonflements articulaires, le traitement institué devra s'en ressentir.

3° Si l'on trouve des manifestations blennorrhagiques du côté des articulations (genou), du côté de l'urèthre, si les symptômes iriens sont très aigus, le diagnostic d'*iritis blennorrhagique* emportera le pronostic de forme extrêmement douloureuse et sujette à récidives.

4° L'iritis albuminurique est rare, mais il y aura l'*iritis diabétique* quand un hypopyon abondant existera.

5° Chez la femme, arrivée à l'époque de la ménopause, il faudra songer à l'*iritis cataméniale*; chez celle qui porte un foyer d'infection possible du côté du vagin, de l'utérus, des trompes, ce sera de l'*iritis métritique*.

6° Lors de maladies infectieuses, la variole, le typhus, la pneumonie, l'influenza, etc., consécutivement à un foyer d'infection ou à une suppuration du voisinage (dents, pharynx, sinus, etc.) l'iritis peut se voir.

7° Des traumatismes, soit chirurgicaux, soit accidentels pourront produire des *iritis traumatiques* dont l'origine sera toujours infectieuse.

8° L'iritis sympathique, trouvant sa cause dans une lésion de l'œil opposé, pourra apparaître comme premier signe de cette redoutable affection qui est l'ophtalmie sympathique. Toutefois, l'iris, dans ce cas, n'est pas seul touché : le tractus uvéal est pris et il y a de la cyclite.

Dans toute iritis, les mouvements de la pupille, plus ou moins rétrécie, passant par des alternatives continuelles de contraction et de dilatation, sont très douloureux. L'iris, d'autre part, est congestionné. Des adhérences, enfin, tendent à s'établir entre le bord pupillaire et la cristalloïde (synéchies postérieures).

Il découle de ces trois phénomènes : douleur, congestion, exsudat, qu'il est indiqué de :

1° Paralyser le sphincter pour mettre l'iris au repos, condition première à réaliser dans toute inflammation ;

2° Dilater la pupille pour amener ainsi le rétrécissement des vaisseaux iriens et, par suite, la diminution de l'afflux sanguin ;

3° Supprimer le contact de la membrane irienne avec la cristalloïde antérieure, empêcher ainsi les adhérences entre ces deux surfaces et essayer de rompre les synéchies déjà formées.

4° Décongestionner l'œil et agir contre la douleur.

TRAITEMENT. — Le traitement sera donc local, les symptômes étant majeurs ; il devra être aussi général, la nature de l'iritis ayant la plus grande importance.

A. TRAITEMENT LOCAL SYMPTOMATIQUE. — Plusieurs cas sont à considérer d'abord :

I. La tension intraoculaire est normale. — Que la tension intraoculaire soit normale ou même diminuée, que l'œil soit hypotone, c'est le cas le plus habituel.

α) Le moyen le plus important est l'**atropine** qui forme le fond du traitement de l'iritis ; elle remplit trois des indications que nous avons posées tout-à-l'heure. Sous son influence, les vaisseaux iriens se contractent, la membrane hyperhémiée tend à s'anémier ; l'iris est mis au repos, la dilatation pupillaire tire sur les synéchies et peut souvent les rompre. Mais **il faut proportionner la dose d'atropine à l'intensité de l'iritis**.

Au début la dilatation est parfois difficile à obtenir, car le sphincter est en état de spasme. Aussi renforcera-t-on l'action de l'atropine en l'associant à la cocaïne. Formulez :

Collyre nº 1	Chlorhydrate de cocaïne	20 centigr.
	Eau distillée........ ...	10 grammes
Collyre nº 2	Sulfate neutre d'atropine	2 à 5 centigrammes
	Eau distillée............	10 grammes

Instiller quatre ou six fois par jour une goutte du collyre nº 1, suivie cinq minutes après d'une goutte de collyre nº 2.

Quand l'inflammation se calme, diminuez la dose d'atropine, n'en instillez que juste assez pour maintenir la dilatation.

β) Si l'inflammation est violente, employez les **compresses chaudes**, faites avec la solution d'acide borique à 30 gr. pour un litre d'eau bouillie. Mettez-en trois ou quatre fois par jour pendant une heure, recouvrez d'un carré de flanelle et d'un morceau de taffetas gommé.

γ) Faites une large **émission sanguine** au moyen d'une ventouse Heurteloup, ou mieux de deux à trois sangsues à la tempe malade.

Cette médication antiphlogistique vous donnera les meilleurs résultats : la rougeur de l'œil diminuera, les douleurs disparaîtront presque et le malade recouvrera le sommeil. De plus cette saignée locale, en décongestionnant l'iris, rendra l'action du mydriatique plus efficace et facilitera la dilatation de la pupille.

δ) Si cela ne suffit pas, provoquez un forte transpiration, usez des **sudorifiques**, faites une injection sous-cutanée de pilocarpine.

Nitrate de pilocarpine..	20 centigrammes
Eau distillée bouillie...	10 grammes

dans un flacon stérilisé.

Injectez sous la peau de l'avant-bras, avec les précautions antiseptiques ordinaires, huit à dix gouttes de cette solution, le malade étant à jeun et au lit, chaudement couvert, tout le temps que dureront la salivation et la sudation.

Répétez deux jours après, en augmentant la dose, selon le résultat obtenu et la tolérance du malade.

ε) Ajoutez, dans les cas rebelles, des frictions d'**onguent mercuriel belladoné** sur le front.

Soustrayez l'œil à l'action de la lumière. Le malade sera tenu dans une **chambre obscure**, sous un bandeau flottant, non compressif ou sous des lunettes fumées.

Vous exigerez le repos complet des deux yeux, puisque la contraction d'une pupille provoque celle de l'autre.

ζ) Si la douleur n'a pas cédé à la médication antiphlogistique et décongestionnante, l'**antipyrine** (1 à 2 gr.) ou exceptionnellement la morphine en injections sous-cutanées, trouveront leur indication.

II. La tension oculaire est augmentée. — Quand la tension oculaire a augmenté, quand l'œil est hypertone, c'est l'iritis glaucomateuse.

Le mydriatique devient ici inutile et dangereux, il n'agit plus, il ne fait qu'augmenter l'hypertonie et les douleurs. Il faut le supprimer.

α) Multipliez les émissions sanguines, les calmants, les compresses chaudes. Les myotiques sont indiqués. Prescrivez :

Nitrate de pilocarpine.	10 centigrammes
Eau distillée	10 grammes

Instillez trois ou quatre fois par jour, une goutte dans l'œil. Associez ou non le collyre à la cocaïne.

β) Dans les cas rebelles, faites une paracentèse de la cornée. Cette petite opération diminuera le tonus et permettra au mydriatique d'agir. Une iridectomie ne sera pratiquée qu'exceptionnellement au cours de l'attaque d'iritis glaucomateuse.

III. La pupille est à l'état de séclusion. — L'attaque d'iritis est terminée, le malade vient vous consulter, quand tous les phénomènes inflammatoires ont disparu. Il ne s'agit plus d'iritis à proprement parler, mais bien d'un état pathologique consécutif. La pupille est à l'état d'occlusion ou de séclusion ; ou il y a des synéchies.

α) Employez ici encore l'**atropine** à doses répétées, de façon à dilater la pupille au maximum, ou bien combinez l'emploi d'un myotique avec celui d'un mydriatique. Formulez :

Collyre	Sulfate d'ésérine.......	10 centigrammes
	Eau distillée..........	10 grammes

Instillez quelques gouttes de ce collyre ; la pupille se rétrécira au maximum. Instillez alors quelques gouttes de

Collyre	Sulfate neutre d'atropine	5 à 10 centigr.
	Eau distillée	10 grammes

Ces mouvements alternatifs de la pupille pourront encore avoir raison des synéchies.

β) Vous pouvez essayer d'aller déchirer les synéchies (corélyse, synéchitomie, iridorhexis).

γ) En cas d'échec, laissez les choses en l'état, si les synéchies n'occasionnent ni inflammation récidivante, ni fatigue oculaire.

δ) Sinon, et surtout dans le cas d'occlusion pupillaire, rétablissez la communication entre les deux chambres antérieure et postérieure par une large **iridectomie** à la fois antiphlogistique et optique, supéro-interne de préférence.

B. TRAITEMENT GÉNÉRAL ET ÉTIOLOGIQUE. — Recommandez une alimentation émolliente, modérée, supprimez les boissons alcooliques, répétez les purgatifs légers ; le repos au lit ne sera nécessaire que dans les cas très graves, le séjour à la chambre obscure suffira le plus souvent.

Mais le traitement général que vous prescrirez, doit surtout puiser ses indications capitales dans les notions étiologiques recueillies. Sans exposer ce traitement en détail, pour chacune des affections causales, quelques renseignements succincts sont nécessaires.

Syphilis. — Au cas de syphilis constatée ou soupçonnée, le traitement mercuriel doit être appliqué le plus vite possible et dans toute sa rigueur; l'iritis syphilitique est une manifestation souvent rebelle et dont le pronostic est grave, si on l'abandonne à elle-même. Les frictions constituent le procédé de choix. Prescrivez :

Onguent napolitain 80 grammes en 20 boites

Une boite par jour pour une friction

Vous pouvez aussi employer la voie sous-cutanée et prescrire :

Biiodure de mercure...	15 centigrammes
Huile stérilisée........	30 grammes

Injectez avec les précautions ordinaires un centimètre cube dans la profondeur de la fesse. Faites vingt-cinq ou trente injections successives, puis cessez, et ordonnez l'iodure de potassium.

Aux frictions, joignez l'iodure à l'intérieur.

Iodure de potassium	15 grammes
Eau distillée.........	250 grammes

Une à deux cuillerées à potage, dans un demi bol de lait, avant le repas principal.

L'affection étant guérie ou améliorée, continuez longtemps le traitement (pendant plusieurs mois), prescrivez avec des intervalles de repos :

Sirop	Biiodure d'hydrargyre...	10 centigrammes
	Iodure de potassium....	15 grammes
	Sirop de quinquina.....	250 grammes

Une cuillerée par jour, avant le repas.

Ne négligez pas les soins de la bouche, si vous voulez éviter la stomatite, faites faire des lavages de la bouche avec un gargarisme au chlorate de potasse à 10 pour 300 et faites frotter, après le repas et le matin, les dents avec la poudre dentifrice :

Poudre de charbon........	ãã 5 grammes
Poudre de quinquina......	
Essence de menthe.........	III gouttes

N'employez pas la brosse dure, le doigt suffit.

Rhumatisme. — Dans la forme aiguë, employez le salicylate de soude en cachets de 1 gr. chacun, deux à quatre par jour, ou encore :

Salicylate de lithine...	75 centigrammes
Bi-carbonate de soude.	25 centigrammes

en un cachet. Deux à quatre par jour.

Dans la forme chronique, l'iodure est préférable.

Pour la goutte, les préparations de colchique sont indiquées.

Blennorrhagie. — Le salicylate de soude, ici encore, vous rendra des services ; ajoutez-y les balsamiques (copahu, santal), mais soignez la muqueuse uréthrale.

Autres causes. — A la scrofule, à la tuberculose, opposez le traitement hygiénique : huile de foie de morue, le grand air, le repos, la suralimentation, etc.

Contre le diabète, l'albuminurie, instituez le régime spécial.

Maladies infectieuses. — Les maladies infectieuses, les foyers d'infection, voisins ou éloignés (dents, pharynx, sinus, utérus, trompes, etc.), seront traités. De même les lésions des parties voisines de l'œil (cornée, sclérotique, paupières).

Traumatisme. — En cas d'iritis traumatique, enlevez les corps étrangers, excisez les portions herniées, touchez au **thermo** ou au galvano; pansez antiseptiquement.

Iritis sympathique. — Enfin, contre l'iritis sympathique, qui n'est que le début de l'ophtalmie sympathique, n'hésitez pas à faire l'**énucléation** de l'œil sympathisant. Cette opération sera d'autant plus efficace qu'elle sera effectuée plus tôt.

BIBLIOGRAPHIE

Les **Trois leçons sur la structure du poumon,** par le professeur **Laguesse,** publiées dans l'*Echo Médical du Nord* en **1901**, ont été réunies en une **brochure, que nos lecteurs trouveront** à la librairie **Taillandier, rue Faidherbe, au** prix de **1** franc.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Fonctions civiles que les médecins militaires sont autorisés à accepter et la situation dans l'armée de ces officiers du corps de santé.

Un décret en date du 29 mai 1902 abroge les décisions ministérielles du 23 février 1880 et du 17 mars 1897, relatives à la mise hors cadres des officiers du corps de santé, candidats à des fonctions civiles. Voici les nouvelles dispositions qui seront désormais en vigueur :

Officiers du corps de santé susceptibles d'être autorisés à remplir des fonctions civiles. — Détermination des fonctions auxquelles ils peuvent prétendre.

Article premier. — Les officiers du corps de santé, qui

ont servi dans l'armée active pendant six ans au moins, à dater de leur nomination au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de 2e classe, peuvent être autorisés par le ministre de la guerre à occuper, en temps de paix, dans les conditions fixées par le présent décret, certaines fonctions civiles pour lesquelles ils seraient agréés par l'autorité chargée d'en désigner les titulaires, savoir :

a) Les fonctions de professeur titulaire ou professeur agrégé, directeur de laboratoire ou chef des travaux, professeur ou chef de clinique dans les Facultés de médecine, les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les Ecoles supérieures de pharmacie ;

b) Les fonctions de professeur titulaire ou de professeur suppléant dans les Ecoles de plein exercice ou préparatoires de médecine ou de pharmacie ;

c) Les fonctions de professeur titulaire, de professeur suppléant ou de directeur de laboratoire dans les établissements d'enseignement supérieur, tels que l'école pratique des hautes études, le Collège de France, le Muséum d'histoire naturelle, l'Ecole d'anthropologie ;

d) Les fonctions de directeur, sous-directeur, directeur de laboratoire dans les Instituts Pasteur et les établissements analogues qui seraient fondés sous le patronage de l'Etat.

Autorisation à demander par les officiers du corps de santé, candidats à des fonctions civiles

Art. 2. — Les officiers du corps de santé qui désirent poser leur candidature à l'un des emplois civils visés à l'article 1er du présent décret ou prendre part à un concours organisé en vue de la désignation des titulaires de ces emplois, adressent au ministre de la guerre une demande officielle à l'effet d'obtenir l'autorisation d'accomplir les démarches nécessaires. Cette demande est transmise au ministre de la guerre, revêtue de l'avis des divers supérieurs hiérarchiques dont les intéressés relèvent ; y compris, dans tous les cas, le directeur du service de santé du corps d'armée. Si le ministre la rejette, les intéressés sont tenus de s'interdire l'accomplissement de tout acte tendant à l'obtention de l'emploi civil qu'ils avaient en vue.

Mise hors cadre, sans solde, des officiers du corps de santé, nommés à des fonctions civiles. — Durée de cette position. Réintégration de ces officiers dans les cadres.

Art. 3. — Les officiers du corps de santé qui, s'étant portés candidats à un emploi civil, avec l'assentiment du ministre de la guerre, ont obtenu de l'autorité compétente leur nomination à cet emploi, en informent immédiatement le ministre de la guerre, par la voie hiérarchique, et lui font parvenir, en même temps et par la même voie, une demande de mise hors cadres, sans solde.

La mise hors cadres, sans solde, peut être accordée à ces officiers du corps de santé, sous la réserve que la durée de cette position comprendra, au maximum, six années, et le délai nécessaire pour la réintégration dans les cadres de leur corps des officiers dont il s'agit. Ces officiers du corps de santé ont la faculté de solliciter à toute époque, pendant le cours de la période de six ans ci-dessus spécifiée, leur réintégration dans les cadres de leur corps.

A l'expiration de ladite période, les officiers du corps de santé qui n'auraient pas été déjà réintegrés, sur leur demande, dans les cadres de leur corps, seront mis en demeure, soit d'accepter cette réintégration pour occuper un emploi de leur grade dans une ville distincte de celle où est situé l'établissement civil (Faculté, Ecole, Institut, etc.) auquel ils ont été attachés, soit d'offrir leur démission du grade qui leur a été conféré dans l'armée active.

Les officiers du corps de santé placés hors cadres, par application du présent décret, auront droit pour leur réintégration dans l'armée au quart des emplois devenus vacants dans le cadre des officiers du corps de santé de leur grade. Ils seront pris au 4e tour dans la série des nominations faites chaque année. Toutefois leur réintégration serait ajournée, le cas échéant, jusqu'au rappel à l'activité de tous les officiers du corps de santé qui auraient été mis en non-activité par suite de licenciement, de suppression d'emploi, ou de rentrée de captivité à l'ennemi.

Avancement dans l'armée des officiers du corps de santé placés hors cadres. — Propositions pour la Légion d'honneur les concernant. — Liquidation, le cas échéant, de leur pension de retraite.

Art. 4. — Les officiers du corps de santé placés hors cadres, par application de l'article 3 du présent décret, conservent leurs droits à l'avancement dans l'armée, au tour de l'ancienneté ; mais le temps qu'ils ont passé dans la position hors cadres est déduit de leur ancienneté, conformément à l'article 16 de la loi du 14 avril 1832 sur l'avancement dans l'armée.

Ces officiers du corps de santé peuvent être proposés pour l'admission ou l'avancement dans la Légion d'honneur, au titre militaire, pendant leur maintien dans la position hors cadres, sous la réserve que le temps qu'ils ont passé dans cette position sera déduit de leur ancienneté de services. Cette déduction du temps passé hors cadres ne sera pas faite si les officiers du corps de santé dont il s'agit sont proposés pour l'admission ou l'avancement dans la Légion d'honneur après leur réintégration dans les cadres de l'armée.

Le temps passé dans la position hors cadres par les officiers du corps de santé visés au présent article doit leur être compté pour la retraite militaire. S'ils viennent à réunir trente années de service pendant leur maintien dans cette position, il sera procédé, dans le plus bref délai, à la liquidation de leur pension de retraite.

Affectation, en cas de mobilisation, des officiers du corps de santé placés hors cadres

Art. 5. — Les officiers du corps de santé placés hors cadres par application du présent décret sont tous remis, en cas de guerre, dès le premier jour de la mobilisation, à la disposition exclusive du ministre de la guerre.

Ce ministre détermine, dès le temps de paix, l'emploi qui leur serait attribué en cas de guerre. Ils perçoivent la solde de leur grade, à partir du premier jour de la mobilisation, et ils sont réintégrés dans les cadres de leur corps dans les conditions prescrites au dernier alinéa de l'article 3 du présent décret.

Mises hors cadres successives des officiers du corps de santé, titulaires de fonctions civiles

Art. 6. — Les officiers du corps de santé qui ont obtenu leur réintégration dans les cadres de leur corps, conformément aux dispositions arrêtées par l'article 3 du présent décret, ne peuvent plus être placés dans la position hors cadres pour occuper de nouveau des fonctions civiles.

Par contre, ceux dont la réintégration dans les cadres aurait été prononcée, par suite de l'état de guerre, avant l'expiration de la période de six années prévue à l'article 3 du présent décret, pourront être autorisés, après la conclusion de la paix, à compléter cette période de six ans dans la position hors cadres, sans solde, s'ils sont admis d'autre part, par l'autorité compétente, à remplir de nouveau les fonctions civiles qu'ils ont déjà exercées ou des fonctions similaires.

Dispositions spéciales aux officiers du corps de santé qui ont obtenu leur mise hors cadres, sans solde, avant la promulgation du présent décret, pour remplir des fonctions civiles, soit dans les Facultés et Ecoles de médecine ou de pharmacie, soit dans les Instituts Pasteur.

Art. 7. — En temps de paix, ces officiers du corps de santé pourront être maintenus dans la position hors cadres, tant qu'ils rempliront les fonctions dont ils sont actuellement chargés ou des fonctions similaires et qu'ils ne demanderont pas, d'eux-mêmes, à être réintégrés dans l'armée.

Les dispositions des articles 4 et 5 du présent décret leur sont applicables.

Toutefois, si des propositions pour la Légion d'honneur, au titre militaire, ont été établies en leur faveur, avant la promulgation du présent décret, ces propositions pourront être renouvelées sans qu'il y ait lieu d'opérer la déduction du temps passé hors cadres, conformément au deuxième alinéa de l'article 4 du présent décret.

Si les officiers du corps de santé appartenant à la catégorie visée au présent article 7 venaient à être réintégrés dans l'armée, par suite de l'état de guerre, ils seraient autorisés à solliciter de nouveau, après la conclusion de la paix, une mise hors cadres, sans solde, et sans limite de durée, en vue de reprendre leurs anciennes fonctions civiles ou d'exercer des fonctions similaires.

Dispositions spéciales aux officiers du corps de santé qui ont été autorisés avant la promulgation du présent décret à remplir des fonctions civiles près d'une Faculté ou d'une Ecole de médecine, tout en occupant un emploi militaire de de leur grade dans la ville où est établie cette Faculté ou Ecole.

Art. 8. — Ces officiers du corps de santé ne seront pas mis en demeure de demander leur mise hors cadres, conformément aux dispositions de l'article 3 du présent décret, mais ils restent à la disposition absolue du ministre de la guerre. Ils pourront, d'ailleurs, obtenir la mise hors cadres sans solde, s'ils en font spontanément la demande, et ils seront admis, au cas où ils seraient placés dans cette position, à bénéficier des clauses spéciales édictées par l'article 7 du présent décret.

La nouvelle Chambre comptera cinquante-trois médecins et huit pharmaciens : MM. les docteurs **Herbet**, de l'Ain ; **Delarue**, de la Creuse ; **Gacon**, de l'Allier ; **Lachaud**, de la Corrèze ; **Clament**, de Saône-et-Loire ; **Pourteyron**, de la Gironde ; **Borne**, du Dubs ; **Isambard**, de l'Eure-et-Loir ; **David**, de l'Indre ; **Vazeille**, de la Marne ; **Rey**, de l'Isère ; Turigny, de la Nièvre ; **Defontaines**, du Nord ; **Barrois**, du Nord : **Chambige**, du Puy-de-Dôme ; **Dasque**, de Lot-et-Garonne ; **de Lanessan**, du Rhône ; **Simyan**, de Saône-et-Loire ; **Empereur**, de la Savoie ; **Chautemps**, de la Savoie ; **Delbet**, du Tarn-et-Garonne ; **Bourgeois**, de la Vendée : **Boutard**, du Rhône; **Sarrazin**, de la Dordogne ; **Dron**, du Nord ; **Baudon**, de la Loire ; **Dubois**, de la Seine ; **Merlou**, de l'Yonne ; **Thivrier**, de l'Allier ; **Marot**, du Maine-et-Loire ; **Michel**, des Bouches-du-Rhône ; **Sabaterie**, de l'Ain ; **Vacherie**, de la Corrèze ; **Aubry**, de la Haute-Marne ; **Clément**, du Var ; **Rouby**, de la Corrèze ; **Sireyjol**, de la Dordogne ; **Dèche**, du Lot-et-Garonne ; **Bichon**, du Maine-et-Loire ; **Cachet**, de l'Orne ; **Cazeneuve**, du Rhône ; **Meslier**, de la Seine ; **Loque**, de Vaucluse ; **Dubuisson**, de la Vienne ; **Cazauvieelh**, de la Gironde ; **Vigné**, de l'Hérault ; **Devins**, de la Haute-Loire ; **Chapuis**, de la Meurthe-et-Moselle ; **Dubief**, de l'Oise ; **Levraud**, de la Seine ; **Vaillant**, de la Seine ; **Amodru**, de Seine-et-Oise ; **de Mahy**, de la Réunion sont au nombre de ces cinquante-trois médecins. Les pharmaciens sont MM. **Astier**, de l'Ardèche ; **Bachimont**, de l'Aube ; **Chamerlat**, de l'Yonne ; **Delmas**, de la Charente-Inférieure ; **Morel**, du Var ; **Villejean**, de l'Yonne ; **Féron**, de la Seine, et **Dussuel**, des Landes.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Abréviation du délai d'ajournement aux examens de médecine

On se rappelle qu'aux termes d'un décret signé il y a trois ans environ, la durée du délai d'ajournement, à chaque épreuve d'un examen de médecine, était fixée à trois mois au premier échec ; à chaque nouvel échec à la même épreuve, cette durée devait se trouver augmentée de trois mois ; enfin il ne pouvait être accordé d'abréviation du délai d'ajournement qu'au premier échec à une épreuve.

Un décret en date du 29 mai 1902 vient d'apporter quelque tempérament à cette réglementation ; dorénavant, les délais d'ajournement « peuvent être abrégés d'un mois au premier échec, de deux mois au second, de quatre mois au maximum au troisième, par décision du Conseil de la Faculté ou Ecole ou de la Commission scolaire nommée par lui.

Ecole de médecine d'Amiens. — M. le docteur A.-P. **Bernard** est institué, pour une période de neuf ans suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

UNIVERSITÉ DE PARIS

Le **Concours d'adjuvat** s'est terminé par la nomination de MM. **Chevassu**, **Hallopeau**, **Tridon**, *ex-æquo*, et de MM. **Grégoire** et **Bouchet**.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de dentiste adjoint. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. **Capdepont**, **Nogué**, **Robin**.

Concours d'oto-rhino-laryngologie. — Le concours pour une place de laryngologiste des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. **Lombard**.

— Ont été nommés, après concours, chirurgiens des hôpitaux, MM. les docteurs **Ombredanne** et **Robineau**.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Marseille. — M. le docteur **Juge** est nommé, après concours, chirurgien-adjoint.

— Nous relevons parmi les récentes nominations dans

le cadre des médecins de réserve et de l'armée territoriale les noms suivants. Ont été promus *médecins majors de 1re classe* de l'armée territoriale, MM. les docteurs PEUGNIEZ et BOUSSAVIT, d'Amiens (Somme); médecins majors de 1re classe de la territoriale, M. le docteur SEROT, d'Avesnes ; *médecins aide majors de 1re classe de réserve* : MM. les docteurs BOUCHEZ, de Pont-à-Vendin (Pas-de-Calais) ; MARIAGE, de Valenciennes (Nord) ; HUARD, de Beaurevoir (Aisne) ; PAQUET, de Lille (Nord) ; DESBONNETS, de Tourcoing (Nord) ; BÉAL, de Lille ; DEBRAY, de Combles (Somme) ; GRAND, de Lille ; MACREZ, de Lignières-Châtelain (Somme) ; PRUVOST, de Carnières (Nord) ; BELS, de Bailleul (Nord) ; LESTOCQUOY, de Solesmes (Nord) ; TRACHET, de Lille ; RYCKEWAERT, de Steenvoorde (Nord) ; HACOT, d'Armentières (Nord) ; BALLENGHIEN, de Roubaix (Nord) ; GALLOIS, de Lille.

— M. le médecin aide major de 1re classe SYLVESTRE est désigné pour servir au 120e d'Infanterie à Péronne.

Distinctions honorifiques

Légion d'Honneur. — Ont été promus *Officier :* M. le docteur BERGER, maire de Brest; *Chevaliers :* MM. PRUDHAM, médecin de 1re classe de la marine ; le docteur GIBRAT, médecin de 1re classe de la marine ; DURAND-FARDEL, de Paris.

Médaille des épidémies. — Ont été décernées, la *médaille de vermeil* à M. le docteur GOMOT, de Guéret (Creuse) ; la *médaille d'argent* à MM. les docteurs DEROYER, de Fougères (Ille et-Vilaine) ; MATHIEU, de Vassy (Marne) ; la *médaille de bronze* à MM. les docteurs BEAUFILS, de Clamecy (Nièvre) ; CAVAILLON, de Carpentras (Vaucluse) ; DUTEIL, d'Aubusson, (Creuse) ; GLENNIE, de Clères (Seine Infér.), MASBRENIER, de Melun (Seine-et-Marne) ; ARMAND-DELILLE ; AUBERTIN ; BERGOUIGNAN ; BISCH ; HAUSER ; MATHÉ ; NATTAN (internes des hôpitaux de Paris) ; LATRON (interne provisoire à l'hôpital Laënnec) ; BAUDRAND ; CALVÉ ; CHASTENET DE GÉRY ; CIVATTE ; HAZARD ; JOUSSELIN ; RIGOLLOT-SIMONNOT et Mlle PELLETIER, externe des hôpitaux de Paris.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs POLAILLON, ancien chirurgien des hôpitaux, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris ; BAUDRON, accoucheur des hôpitaux de Paris ; FALRET, ancien médecin de l'hospice de la Salpêtrière ; CHARTIER, ancien professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Nantes ; DE FOURMESTRAUX, médecin de l'hôpital de Versailles ; MÉRAN (de Bordeaux) ; PIGEOLET, ancien sénateur, membre de l'Académie de médecine de Belgique ; RICOCHON, de Champdeniers (Deux-Sèvres) ; SAUVE, de Vidauban (Var) ; PERDUOLLAT, médecin de la *ville d'Alger* ; BUTAUD, de Bourganeuf (Creuse).

CUISINIER, de Calais, à l'âge de 35 ans. Nous adressons à sa famille l'expression de nos bien vives condoléances.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

20e ET 21e SEMAINES, DU 11 AU 24 MAI 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	10	9
3 mois à un an	9	11
1 an à 2 ans	4	8
2 à 5 ans	6	8
5 à 10 ans	»	3
10 à 20 ans	7	5
20 à 40 ans	14	17
40 à 60 ans	11	15
60 à 80 ans	20	25
80 ans et au-dessus	4	11
Total	85	112

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	2	»	»	»	»	1	»	2	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	3	11	7
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	4	»	»	»	»	»	1	2	3	4	2	»	»	5	1	»	1	»	»	15	38	23
Moulins, 24,947 hab.	1	»	»	»	»	»	»	3	4	3	2	»	»	2	»	»	»	»	»	6	21	31
Wazemmes, 36,782 hab.	3	2	»	»	»	»	1	2	2	3	3	»	»	7	1	»	»	»	»	13	37	45
Vauban, 20,381 hab.	1	»	»	1	»	»	»	»	3	1	2	»	»	1	1	»	»	»	»	3	13	21
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	1	»	»	»	»	»	1	4	4	1	2	1	»	3	»	»	1	»	»	13	31	17
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	2	»	»	1	1	»	2	8	17
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	8	11
Fives, 24,191 hab.	2	1	»	1	»	»	»	1	3	»	4	»	»	7	»	1	»	»	»	4	24	32
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	5	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	16
Total	14	3	»	2	»	1	3	16	22	16	18	1	»	30	3	1	3	1	»	63	197	221

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 283. Sixième Année. N° 24 — Le Numéro : 10 centimes. — 15 Juin 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-Sauveur

M. le Professeur **H. Folet**

Kyste du mésentère

Leçon recueillie par **M. Davrinche**, Interne du service

MESSIEURS,

Je veux vous parler aujourd'hui d'un homme au sujet duquel nous avons eu bien des hésitations et dont le diagnostic clinique est resté en suspens jusqu'à la laparotomie qui a excusé en quelque sorte nos incertitudes ; car, en nous révélant la maladie, elle nous a montré que le malade ne présentait pas les symptômes classiques de l'affection dont il souffrait.

Cet homme, ouvrier mineur d'une trentaine d'années environ, qui nous est adressé par notre distingué confrère le Dr HERNU, d'Auchel, avait toujours eu une santé excellente quand, il y a six semaines, il ressentit subitement des douleurs abdominales qui l'obligèrent de cesser son travail. Il constatait en même temps qu'il avait dans le ventre, à l'endroit douloureux, une assez grosse tumeur dont il n'avait pas soupçonné l'existence jusqu'alors. Les symptômes douloureux tourmentaient seuls le malade ; il n'y avait ni constipation, ni troubles intestinaux ou urinaires.

Quand ce malade s'offrit à notre examen, il présentait dans la fosse iliaque gauche une tumeur de la grosseur d'un très petit melon, paraissant de consistance liquide, régulière et sans bosselures, de forme oblongue, très peu mobile, mate à une percussion même superficielle et sans zone de sonorité antérieure.

Que pouvait être cette tumeur ? Un kyste intra-abdominal : — kyste de la rate ? ils sont ordinairement situés dans l'hypocondre gauche ; — kyste du pancréas ? ils sont situés beaucoup plus haut que dans notre cas ; — kyste du mésentère ? Ces kystes, d'après AUGAGNEUR et les auteurs qui se sont occupés de la question, présentent trois grands symptômes cardinaux : ils sont médians, mobiles latéralement et séparés de la paroi abdominale par une zône de sonorité ; en-dessous du kyste, près du pubis, on trouve une autre zône de sonorité. Aucun de ces symptômes n'existait ici. Fallait-il se rejeter vers l'idée d'une poche purulente, par exemple d'un abcès venant de la face antérieure des vertèbres lombaires, abcès appendu à la colonne vertébrale comme une gourde de pèlerin et venant faire saillie sous la paroi

abdominale ? Mais il y aurait eu dans ce cas et depuis longtemps des douleurs du côté du rachis et du sacrum ; et ce symptôme manquait absolument.

Nous avions songé à l'hydronéphrose qui est due, vous le savez, à la dilatation aseptique des calices et du bassinet par l'urine. Mais l'hydronéphrose se trouve plus haut, elle est située dans le flanc et il aurait fallu admettre ici, pour l'expliquer, l'existence d'un rein ptosé dont l'uretère aurait subi une plicature. C'était possible quoique peu probable. De plus l'hydronéphrose présente un ensemble de symptômes caractéristiques que nous ne retrouvions pas. D'autre part, l'examen cystoscopique, très obligeamment pratiqué par M. le Professeur CARLIER, montrait que l'uretère gauche donnait de l'urine et qu'une pression exercée sur la tumeur n'influençait nullement les éjaculations uretérales.

Devant une telle incertitude, un seul parti était à prendre : faire la laparotomie exploratrice.

Cette laparotomie fut pratiquée. Dès l'ouverture du ventre nous constations qu'il s'agissait d'une tumeur liquide développée dans le mésentère, au niveau de l'insertion de ce repli. Nous avions donc affaire à un kyste du mésentère, en dépit de l'absence des symptômes habituels de ce genre de tumeurs.

Le mésentère, je vous le rappelle, est un repli vertical du péritoine dont le bord adhérent est inséré sur le rachis et dont le bord libre, plissé, enferme l'intestin grêle. Entre les deux feuillets latéraux qui constituent ce repli, on trouve du tissu cellulaire, des vaisseaux, des nerfs, et aussi quelques ganglions lymphatiques.

Les kystes qui se développent dans le mésentère peuvent, d'après leur origine, se répartir en plusieurs catégories :

1°) Kystes d'origine lymphatique que l'on peut eux-mêmes diviser en kystes chyleux, séreux et séro-sanguins ;

2°) Kystes dermoïdes qui naissent le plus souvent aux dépens de débris du corps de WOLF ;

3°) Kystes hydatiques.

Je ne vous parlerai que des premiers. Autrefois, on les croyait formés par une sorte d'hygroma développé entre les feuillets du mésentère ; mais l'examen histologique a montré leur origine lymphatique. Ils sont produits, ou bien par la dilatation d'un vaisseau lymphatique et constituent alors une véritable et énorme varice lymphatique, ou bien par une néoplasie ganglionnaire bénigne : lymphangiome kystique.

Les kystes du mésentère ont pour caractères habituels, je le répète, d'être médians, mobiles latéralement et de présenter sur leur face antérieure une zone de sonorité. Cette symptomatologie classique est d'ailleurs, dans la plupart des cas, fort aisément compréhensible : Un kyste, de volume ordinaire, développé dans la partie moyenne ou supérieure du mésentère et vers l'insertion vertébrale, distendant également les deux feuillets séreux à gauche et à droite, participe naturellement de la médianité et de la mobilité bilatérale du repli séreux flottant d'un côté à l'autre ; et il a au-devant et au-dessous de lui un écran sonore d'anses intestinales. Mais il faut peu de chose pour que ces conditions anatomiques changent ; si peu de chose que je m'étonne que cela ne se rencontre pas plus souvent. Que le kyste, né près du bord intestinal du mésentère, dilate, force particulièrement une des lames du repli séreux au lieu de se tenir en équilibre entre les deux, le voilà qui se coiffe de cette lame, la lame gauche par exemple, et qu'il déjette et luxe à sa droite l'intestin primitivement situé devant lui et duquel il se dégage, arrivant ainsi à se mettre en contact avec la paroi abdominale ; le kyste sera donc latéral et mat. Qu'il émane de la partie inférieure du mésentère, et, comme il n'aura plus au-dessous de lui de coussin intestinal, la sonorité sus-pubienne manquera comme la sonorité pré-kystique. Que des adhérences, dues à quelques poussées subaiguës de légère et partielle péritonite plastique, l'unissent au côlon descendant, à un de ces côlons bien fixés par un ligament phréno-colique solide, et il n'y aura plus de mobilité. Voilà toute la triade symptomatique à vau-l'eau. C'est vraisemblablement ce qui s'est passé chez notre malade.

Que devions-nous faire en présence d'un semblable kyste ? La première idée qui vient à l'esprit, c'est de l'enlever tout entier, d'énucléer toute la poche ; et cette idée est très rationnelle. Malheureusement une semblable pratique est remplie de dangers pour le présent et pour l'avenir.

La décortication est souvent très difficile et expose à la rupture de la poche liquide dans le ventre ; l'intestin risque d'être ouvert au cours de cette dissection pénible et laborieuse ; d'où possibilité d infection et de péritonite.

Outre ces périls immédiats, les violences exercées

sur les vaisseaux intra-mésentériques, les ligatures que l'on sera amené à mettre sur eux, les thromboses ultérieures qui peuvent en résulter, sont de nature à compromettre gravement la vitalité d'un segment intestinal ; d'où sphacèle des parois et perforation mortelle possibles.

Braquehaye et Bégouin ont établi que cette extirpation donne le chiffre énorme de 40 °/₀ de mortalité.

La conduite la plus prudente consiste à marsupialiser le kyste, c'est-à-dire à ouvrir la poche et à fixer les bords de l'ouverture à la paroi abdominale. C'est ce que nous avons fait : nous avons ponctionné comme s'il s'était agi d'un kyste de l'ovaire et il est sorti un liquide légèrement brunâtre, d'apparence hydronéphrotique. Cette marsupialisation est ordinairement bénigne ; d'après Braquehaye et Bégouin, elle donne 10 0/0 de mortalité. Et, si ce chiffre est encore si élevé, c'est que, d'après ces auteurs, la marsupialisation n'a été faite dans beaucoup de cas qu'après des tentatives infructueuses d'ablation. La marsupialisation d'emblée, sans autre manœuvre, doit guérir presque toujours. Elle est certainement moins satisfaisante pour l'esprit ; on a conscience de ne pas faire une opération complète, radicale. Mais la sécurité du malade doit primer ces considérations secondaires.

Il faut dire toutefois que la marsupialisation offre par elle-même quelques inconvénients : d'abord la guérison est longue ; elle se fait par oblitération progressive de la poche ; et cette oblitération est fort lente, elle dure souvent au moins 3 mois et parfois 6 ou 7 mois.

D'autres inconvénients sont encore à envisager ; ainsi il peut survenir de l'éventration, car on ne ferme pas complètement la paroi abdominale.

D'un autre côté, la guérison une fois obtenue, la poche fasciculée et oblitérée s'est transformée en un cordon fibreux, une bride antéro-postérieure; et cela est si vrai qu'on a un enfoncement marqué de la peau. Cette corde, ainsi tendue, pourra éventuellement donner lieu à des étranglements. C'est là un danger lointain, mais réel cependant.

Pour parer à ces inconvénients, j'ai l'intention de recommander à notre malade qui, opératoirement guéri, va sortir de l'hôpital et retourner chez lui après un mois de séjour dans nos salles, portant encore un drain dans le trajet tunnelliforme du kyste marsupialisé, je lui recommanderai, dis-je, de revenir à l'hôpital dans quelques mois quand il sera bien guéri, et que la bride fibreuse, définitivement constituée, aura produit la rétraction de la paroi. Alors je lui proposerai l'opération suivante :

Laparotomie à courte incision, huit centimètres. J'accrocherai et chargerai sur mon doigt le cordon fibreux cylindroïde inséré à la paroi ventrale et le sectionnerai au ras de cette paroi. Puis, ayant jeté autour de lui, s'il saigne, une ligature de précaution, je l'abandonnerai dans l'abdomen où il se rétractera, inoffensif. Je profiterai de l'occasion pour reconstituer, si possible, les plans musculaires et fibreux de la paroi.

Par cette opération, très bénigne assurément, je parerai au danger éventuel d'occlusion future par bride fibreuse intra-abdominale et à l'inconvénient possible d'une éventration.

Sur quatre cas d'infantilisme par hypothyroïdie secondaire (1)

par le Dr E. Ausset, professeur agrégé, chargé de cours à l'Université de Lille

Depuis les remarquables travaux d'Hertoghe, il s'est établi un courant d'opinion très manifestement favorable à la théorie de l'origine uniquement dysthyroïdienne de tous les cas d'infantilisme. Par une analyse minutieuse des faits, le médecin anversois s'est rendu compte que ce que l'on décrivait sous le nom d'infantilisme type Lorain devait être rattaché à un trouble de la fonction thyroïdienne, et qu'il ne s'agissait pas ici d'autre chose que d'une manifestation de la souffrance de la glande thyroïde. Dans mon rapport au congrès de Nantes (sept. 1901) étudiant les observations d'Hertoghe et y ajoutant des faits personnels, je concluais qu'il n'y avait pas deux sortes d'infantilisme, ou, pour parler plus exactement, que la distinction faite par Brissaud entre l'infantilisme myxœdémateux et l'infantilisme type Lorain ne résistait pas à une discussion et à une observation un peu serrées, et je considérais, avec Hertoghe, qu'il s'agit, dans les deux circonstances, d'un infantilisme par hypothyroïdie. J'ajoutais : l'infantilisme myxœdémateux classique peut-être considéré comme une hypothyroïdie primitive, l'infantilisme type Lorain, comme une hypothyroïdie secondaire.

Mon élève, M. le Dr Breton, a bien montré dans sa remarquable thèse inaugurale (Lille, décembre 1901) que chez tous ces sujets rachitiques, syphilitiques héréditaires, anangioplasiques, etc... dont le développement de l'orga-

(1) Communication faite à la Société Centrale de Médecine du Département du Nord, à laquelle trois de ces malades ont été présentés dans la séance du 28 mars 1902.

nisme ou d'un quelconque des organes s'était arrêté et maintenu en état d'infantilisme, l'arrêt de développement était étroitement sous la dépendance d'un trouble de la fonction thyroïdienne. Sa démonstration s'est appuyée sur des faits cliniques et expérimentaux et sur des résultats thérapeutiques. Les observations si intéressantes publiées par Apert, les expériences de Roger et Garnier viennent encore fortifier cette théorie.

Je vais rapporter ici les observations de quatre petits malades qui me paraissent encore très probantes en faveur de l'unité dysthyroïdienne de l'infantilisme.

Observation I.— H. .Gaston,âgé de deux ans et neuf mois, m'est conduit le 28 janvier 1902 à l'hôpital de la Charité. Il est né à terme et ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Il a été nourri au sein jusqu'à l'âge de dix-sept mois, sans observation des règles ordinaires pour l'intervalle des tétées, mais il n'a jamais pris autre chose que le sein. Son état général était alors excellent ; l'intelligence était normale et semblable à la moyenne des enfants de son âge ; il a marché à quinze mois et a eu sa première dent à six mois.

Sevrage et ablactation furent faits brusquement,du jour au lendemain ; et à partir de l'âge de dix-sept mois, il fut

1



2

mis à la table commune, mangeant et buvant de tout. Le résultat ne se fit pas longtemps attendre, à 19 mois il était pris d'une gastro-entérite grave, qui mirent ses jours en danger, et à la suite de laquelle il devint atrophique. Grâce à des soins vigilants il put guérir, mais la mère nous raconte qu'à partir de ce moment il perdit sa gaieté, devint sombre, ne jouant jamais, son intelligence ne se développait plus.

Quand nous le vîmes pour la première fois, je fus frappé par son facies lunaire, la bouffissure de tout son corps. La peau très épaisse et sèche, presqu'œdémateuse, est doublée d'un pannicule adipeux extraordinairement abondant. Le ventre est très gros. Les yeux sont peu intelligents et l'enfant, qui ne parle que peu, s'intéresse difficilement à ce qui se passe autour de lui. La photographie n° 1 nous montre cet enfant le 25 février, alors qu'il avait déjà subi près d'un mois de traitement thyroïdien. A ce moment on put le faire tenir tranquille, mais toutes les tentatives faites les premiers jours de février pour le photographier furent vaines : l'enfant remuait constamment et nous n'obtenions que de mauvaises épreuves, sur cette photographie n° 1 on jugera de l'état de notre petite malade. Outre ce facies et cet aspect général, nous trouvons que si les testicules sont normaux la verge est absolument rudimentaire. Le prépuce existe, mais très peu développé ; mais quand on saisit cette verge, on est surpris de constater qu'il n'y a presque rien que du prépuce, de la peau ; le gland, les corps caverneux n'existent qu'à peine, c'est un vrai fil qui est en-dessous du prépuce.

L'enfant à la bouche ouverte et bave presque constamment.

Je prescris alors le traitement thyroïdien à la dose de début de 0.15 centigr. par jour de poudre de corps thyroïde. Aujourd'hui l'enfant prend 0 gr. 30 centigr. par jour. La photographie n° 2 montre mieux que n'importe quelles phrases les améliorations produites par la thérapeutique. L'enfant est devenu gai, joue, s'intéresse à tout; il ne bave plus ; il parle, il a grandi de 2 cent. 1/2 en deux mois ; les organes génitaux ne sont pas encore très notablement modifiés.

Il est évident, les résultats thérapeutiques en font foi (naturam morborum curationes ostendunt), que nous avions affaire ici à un hypothyroïdien.

Or, si l'on veut bien examiner les faits de plus près, on constatera que cet enfant s'est développé physiquement et intellectuellement d'une façon tout à fait normale jusqu'à l'âge de 17 mois, époque à laquelle il a fait une gastro-entérite grave. C'est à la suite de cette gastro-entérite qu'il a présenté cet arrêt de dévoloppement ; il me paraît donc évident que les microbes, ou les poisons sécrétés par eux, au niveau du tube digestif sont allés agir sur sa glande thyroïde. Il s'est passé ici un fait semblable à celui qui se passe dans le rachitisme, qui n'est en somme que l'aboutissant de la gastro-entérite chronique ; dans la gastro-entérite chronique,ou dans le rachitisme,les poisons sécrétés au niveau du tube digestif vont agir sur tous les organes et particulièrement sur le sang et les organes hématopoiétiques. Le foie, la rate, les ganglions, la moelle osseuse, etc... sont malades ; quoi de surprenant à ce que la glande thyroïde soit prise au même titre que ces organes, soit qu'elle subisse des altérations anatomiques, soit que son fonctionnement soit simplement perverti ? Le succès de la médication thyroïdienne nous prouve bien la nature particulière des accidents ; or, ces

accidents se sont produits à la suite de troubles gastro-intestinaux. Nous sommes donc autorisés à dire qu'ici l'hypothyroïdie a créé un infantilisme *secondaire*, tel que celui qu'on décrivait sous le nom d'infantilisme type Lorain.

Observation II. — Voici un autre enfant qui m'a été amené à l'hôpital, le 21 février 1902.

S..., Léon, deux ans et demi, né à terme, sans antécédents héréditaires. Nourri au sein jusqu'à quinze mois, sans règle aucune ; puis a été mal sevré ; a mangé immédiatement de la viande, bu de la bière et du café.

Celui-ci n'a pas eu, comme le malade précédent, de grands accidents gastro-intestinaux. Il a de la gastro-entérite chronique ; souvent très constipé, avec des selles odorantes et glaireuses, avec un très gros ventre, il a de temps à autre de la diarrhée. Chapelet rachitique costal, nouures épiphysaires des poignets. Fontanelle antérieure incomplètement fermée ; ne marche pas, ne parle pas. La mère nous dit d'elle-même que son enfant, qui semblait bien pousser, bien se développer, dont l'intelligence paraissait normale, est devenu sombre depuis un an environ, son développement général s'est mal effectué, mais c'est surtout son intelligence dont le retard l'a le plus frappée. Il reste constamment affaissé sur sa chaise, ne s'occupe de rien, ne joue pas ; ses yeux sont sans vivacité, c'est à peine s'il regarde quand on l'appelle. La peau est devenue sèche, comme écailleuse, très épaisse, doublée d'un très gros pannicule adipeux ; au cou il y a un bourrelet énorme formé par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Les mamelons ont une forme bizarre, ils sont comme rétractés, ombiliqués ; la verge est normale, le testicule droit également ; le testicule gauche est à peine gros comme un petit pois fin. L'enfant a absolument l'aspect idiot et j'insiste, sur ce point, il y a un an il avait l'apparence intelligente des enfants de son âge, et c'est justement la modification croissante de cette intelligence qui a le plus frappé sa mère.

Je le mets au traitement thyroïdien : 0 gr. 15 de poudre par jour, puis 0,30 au bout de quinze jours ; je n'ai pas ici ses photographies, mais la Société peut se rendre compte que cet enfant a maintenant un aspect d'un bébé auquel on ne peut plus appliquer l'épithète d'idiot. Le facies est encore lunaire, mais il rit, s'intéresse à ce qu'on lui fait, joue et commence à parler. Je ferai remarquer qu'il n'y a pas encore cinq semaines qu'il suit le traitement.



3



4

Je ferai ici les mêmes observations que pour le cas précédent ; l'enfant se développait bien physiquement et intellectuellement ; puis son développement s'est arrêté. Sous quelle influence ? Il n'y pas ici la grande crise intestinale de notre bébé précédent ; mais nous avons affaire à un rachitique, c'est-à-dire à un intoxiqué dans tous ses organes par la gastro-entérite chronique. C'est cette intoxication qui a amené, à mon sens, le trouble de la fonction thyroïdienne et par suite l'arrêt de développement, l'infantilisme secondaire.

J'ai tenu à rapporter les deux observations qui vont suivre bien que je n'aie pas encore pu constater les effets du traitement et avoir ainsi une pierre de touche certaine, car je ne les ai vus que depuis deux jours tous les deux, mais j'ai désiré présenter le troisième de ces petits malades à la Société parce que son cas se rapproche absolument des deux premiers. Pour le quatrième enfant, il s'agit d'un malade de ma clientèle que je ne puis amener à la séance, mais dont je donne ici les photographies. Je parlerai d'abord de ce dernier enfant qui me paraît encore très typique au point de vue de l'infantilisme acquis à l'occasion de troubles gastro-intestinaux chroniques.

Observation III. — D...., Geneviève, 4 ans et 3 mois, m'est adressée par mon distingué confrère le docteur Capron, de Biache-St-Vaast, à la sagacité duquel j'ai le devoir de rendre hommage ici, car il avait fait un diagnostic très exact et très précis pour un cas en somme de pratique peu courante.

L'enfant est née à terme. Pas d'antécédents héréditaires. A été nourrie à la soupe dès sa naissance. Ne marche pas encore seule, a besoin d'être soutenue par la main pour marcher ; parle à peine ; teint très jaune, cireux ; peau très épaisse et sèche, tissu cellulaire sous-cutané très épais ; facies lunaire, aspect peu intelligent ; est très constipée, ne va jamais sans lavements ; selles glaireuses et odorantes ; Urine et défèque sous elle. Ne mange que de la soupe au lait et des œufs. A actuellement 12 dents ; la première dent a poussé à 14 mois, la deuxième dent à 18 mois. La fontanelle antérieure est encore très largement ouverte. Comprend à peu près tout ce qu'on lui dit.

Voilà donc une enfant rachitique, atteinte de gastrô-entérite chronique. Si l'on veut considérer les deux photographies ci-jointes qui m'ont été remises par la mère, on peut considérer que la photographie n° 3, prise à l'âge de 15 mois, nous montre une enfant d'un développement sensiblement normal au point de vue physique; l'aspect semble peu intelligent déjà, cela est vrai, mais la mère nous affirme qu'à cette époque l'enfant jouait avec plaisir, semblait comprendre mieux que maintenant et que c'est surtout à partir de cet âge que le développement physique et intellectuel s'est arrêté ou du moins peu effectué. Si l'on considère en effet la photographie n° 4, prise le 28 mars 1902, l'enfant ayant 4 ans et 3 mois, on sera surpris du peu de différence dans le développement physique de cette enfant entre l'âge de 15 mois (fig. 3) à celui de 4 ans (fig. 4) et du facies bien moins intelligent. La mère est très explicite sur ce point, je le répète à dessein ; c'est au cours de la seconde année qu'elle a vu son enfant perdre son intelligence et ne plus se développer. Le rachitisme et la gastro-entérite sont ici frappants, et je ne crois pas qu'il soit possible de nier le rapport de cause à effet entre les troubles du développement et l'affection gastro-intestinale chronique. C'est encore un infantilisme secondaire lié à la gastro-entérite chronique, au rachitisme.

En outre du traitement thyroïdien, j'ai prescrit une hygiène alimentaire et une thérapeutique intestinale appropriées; nous verrons le résultat (1).

Observation VI. — L....., Marcel, 4 ans, de Tourcoing, m'est adressé à l'hôpital de la Charité par mon excellent collègue et ami le Dr Gaudier, le 26 mars 1902. Je ne puis donc donner ici de résultats thérapeutiques ni de photographies comparatives puisqu'il y a seulement deux jours que je le soigne.

Il est né à terme. A eu un frère né avant terme, à 8 mois; un autre bien portant. Père et mère bien portants.

Je n'ai pas de renseignements précis sur la façon dont il a été alimenté, car les parents l'ont placé en nourrice ; mais ce qu'il y a de sûr c'est qu'il a été nourri au biberon et que lorsqu'il a été retiré de nourrice il était en mauvais état et avait de la gastro-entérite. Il est à peine développé comme un enfant de deux ans ; dit seulement papa et maman. n'a marché qu'à trois ans, a eu sa première dent à deux ans. Sa fontanelle antérieure est fermée. Gros ventre, nouures épiphysaires aux poignets et aux tibias ; chapelet costal. Peu intelligent, ne joue jamais, reste des heures entières assis dans sa chaise sans s'intéresser à rien. A un peu le facies lunaire, peau très épaisse, comme œdématiée; enfant très gras. Organes génitaux normaux.

Ici je ne puis établir la filiation des faits nécessaire pour constituer l'hypothyroïdie secondaire. Les parents n'ont pu observer l'enfant pendant ses premières années. Etait-il hypothyroïdien à sa naissance ? Je ne puis soutenir le contraire.

(1) Cette fillette m'a été ramenée le 10 mai dernier. La figure est bien plus éveillée, l'intelligence plus ouverte ; l'enfant s'intéresse maintenant à tout ; la fontanelle antérieure s'est notablement rétrécie ; deux dents ont poussé ; la taille a augmenté d'un centimètre et demi. Ne parle pas, ne marche pas encore.

L'avenir nous dira ce qu'il en est. En effet chez ces infantiles par hypothyroïdie d'origine rachitique, il est évidemment assez facile par le traitement thyroïdien de faire reprendre le développement. Mais à mon avis, ici l'infantilisme n'est qu'un des symptômes du rachitisme ou, si l'on veut, de la gastro-entérite chronique, ce symptôme manquant quand la fonction thyroïdienne n'est pas atteinte et se produisant quand elle est troublée. Tous les rachitiques n'ont pas une grosse rate, et cependant c'est un des symptômes du rachitisme, tous les rachitiques n'ont pas de la micro-polyadénopathie, et cependant c'est un signe qu'on retrouve souvent très accentué. De même tous les enfants atteints de gastro entérite chronique, de rachitisme, n'ont pas la fonction thyroïdienne troublée. Il est donc évident qu'en soignant ce symptôme infantilisme d'origine thyroïdienne il faudra soigner la gastro-entérite, le rachitisme, l'état général de l'enfant. On fera ainsi disparaître la vraie cause des accidents thyroïdiens et l'on obtiendra des guérisons définitives. C'est là, je crois, un autre point qui nous permettra encore plus tard de faire le diagnostic différentiel entre l'infantilisme myxœdémateux primitif et l'infantilisme secondaire, c'est que dans le myxœdème congénital les accidents se reproduisent souvent dès qu'on cesse le traitement. Il est logique de penser que dans l'infantilisme secondaire aux troubles gastro-intestinaux les accidents d'hypothyroïdie ne reparaîtront plus si l'on soigne et si l'on guérit la gastro-entérite. Peut-être en sera-t-il de même pour les autres variétés d'infantilisme secondaire, tel que l'infantilisme par hérédo-syphilis. Je livre ce point à la méditation et aux études de mes collègues.

Action du sérum antipancréatique sur le pouvoir amylolytique du sérum sanguin

Par MM. **H. Surmont** et **J. Drucbert** (1)

(Travail du laboratoire de pathologie interne et expérimentale et de l'Institut Pasteur de Lille).

Depuis la note publiée l'an dernier par l'un de nous (2) dans les comptes-rendus de la Société de Biologie, nous avons continué l'étude commencée en novembre 1900 du sérum pancréato toxique. Cette étude nous permet de confirmer les résultats annoncés dans ce travail. Pour ce qui a trait plus particulièrement à l'action antitrypsique de notre sérum, nous avons toujours observé qu'elle est infiniment plus prononcée que celle du sérum normal, dont nous n'avons jamais mis en doute la réalité.

M. Achalme paraît être jusqu'ici le seul auteur qui ait obtenu des résultats confirmatifs des nôtres, et plusieurs autres savants, MM. Carnot et Marcel Garnier, Hédon, Targhetti et Badano ont annoncé avoir échoué dans la

(1) Note présentée à la *Société Centrale de Médecine du Nord*, le 9 mai 1902, et à la *Société de Biologie*, le 18 mai 1902.

(2) H. Surmont. — Séance du 27 avril 1901.

préparation d'un sérum antipancréatique. Peut-être la différence dans les résultats tient-elle aux espèces animales utilisées. Le lapin et le bouc injectés de pancréas de chien ont été nos fournisseurs de sérum.

Aujourd'hui nous voulons simplement signaler un autre fait, à savoir la possibilité d'abaisser par une injection de sérum antipancréatique le pouvoir amylolytique du sérum sanguin.

Nos expériences ont été faites de la façon suivante : un chien à jeun depuis vingt-quatre heures est endormi au chloroforme, saigné à l'une des artères fémorales et aussitôt injecté sous la peau, soit avec du sérum normal (témoins), soit avec du sérum pancréatique. Cette première saignée est d'environ 40 grammes. Deux à trois heures après, l'animal, endormi de nouveau, est saigné à l'autre fémorale. Le pouvoir amylolytique du sérum fourni par les deux saignées est éprouvé par le procédé indiqué par MM. ACHARD et CLERC dans leurs travaux.

On peut facilement s'assurer ainsi que le pouvoir amylolytique du sérum sanguin n'est pas abaissé ou ne l'est que très peu par les injections de sérum normal, alors qu'il l'est très notablement par les injections de sérum antipancréatique. Le tableau suivant met ce fait en évidence. Les chiffres indiqués représentent la quantité de glycose formée après un séjour de vingt-quatre heures à l'étuve par l'action de deux centimètres cubes du sérum examiné sur 50 c. c. d'empois d'amidon à 1 °/o stérilisé. Chaque chiffre représente la moyenne de trois dosages.

Nature du sérum injecté	Numéro de l'expérience	Quantité de sérum injecté	Pouvoir amylolytique du sérum		Variations
			avant l'injection	après l'injection	
normal de bouc	1	10 c. c.	362	346	— 16
	2	8 c. c.	361	362	+ 1
antipancréatique de bouc	3	10 c. c.	425	303	— 122
	4 (1)	9 c. c.	445	398	— 47
antipancréatique de lapin	5	10 c. c.	516	352	— 164
	6	15 c. c.	415	361	— 54

Ainsi donc, après l'injection sous-cutanée de sérum antipancréatique, on observe un abaissement constant du pouvoir amylolytique du sérum sanguin, abaissement qui peut aller dans nos expériences jusqu'au tiers de la valeur du pouvoir amylolytique normal. Le sérum antipancréatique vient ainsi s'ajouter aux agents déjà connus d'abaissement de ce pouvoir : cachexies, infections (ACHARD et CLERC), diabète (LÉPINE), ablation du pancréas (KAUFFMANN). Confirmatives indirectement des expériences de ce dernier auteur, nos recherches démontrent d'une façon indéniable qu'une partie au moins de l'amylase du sang est bien d'origine pancréatique.

(1) L'animal qui a servi à cette expérience pesait 16 kilogr. Les autres 5 kilogr. en moyenne.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 13 Juin 1902

Présidence de M. GAUDIER.

Astasie-abasie paralytique chez un enfant de huit ans.

M. Ausset présente un malade atteint d'astasie-abasie. Cette observation sera publiée in extenso.

Deux chancres syphilitiques céphaliques chez une femme

M. Gellé présente une malade du service de M. CHARMEIL ; elle a deux chancres syphilitiques céphaliques (*sera publiée*).

M. Charmeil dit que le chancre céphalique double est tout à fait exceptionnel. Cette variété d'accident primitif est généralement de cause inconnue, ce qui démontre la fréquence de la syphilis chez les femmes et les enfants du peuple, où les contacts de tout genre sont multiples et habituels. Dans le service de M. CHARMEIL, il se présente ainsi chaque année des syphilis à origine ignorée. La malade présentée ici est enceinte et a, en ce moment, sa roséole. Le pronostic de la grossesse, dans ces cas, suit la la chronologie des accidents spécifiques. Plus une femme prend la syphilis près du moment de la conception, plus le pronostic est grave. Dans ce cas, avec un traitement bien fait l'enfant pourra sans doute se tirer d'affaire.

M. Oui dit qu'étant donné que la grosseur datait de quatre mois lors de la contamination et que le traitement est institué, l'enfant, qui sera certainement syphilitique, a des chances d'arriver à terme.

Abcès du cervelet d'origine otique

M. Camus, interne, présente, au nom de MM. GAUDIER et LE FORT, le cervelet d'un enfant mort d'un abcès cérébelleux d'origine otique (*sera publié*).

Etranglement herniaire compliqué de torsion ancienne d'une des anses étranglées. — Résection intestinale — Guérison.

M. Le Fort. — Le 15 mai 1902, entrait dans le service de M. le professeur FOLET une femme atteinte de hernie étranglée. L'étranglement date de quatre jours. La hernie est à gauche, inguinale, du volume d'une grosse orange, mais allongée et couchée obliquement dans la direction du canal inguinal. L'état général est mauvais, le pronostic très sombre.

M LE FORT, appelé d'urgence, fait une incision le long de la tumeur, dépassant légèrement les deux extrémités, libère le sac, l'ouvre et y reconnaît une grosse masse épiploïque, recouvrant deux anses grêles de teinte noir, violacée, avec des plaques suspectes. L'anneau dilaté, l'épiploon est attiré, lié en chaîne au ras du côlon transverse et sectionné. Il adhère par places au sac. Une anse grêle est attirée au dehors, traitée par l'eau très chaude, elle se contracte faiblement et paraît pouvoir être réduite

sans trop de dangers. L'autre anse ne veut pas venir, le doigt introduit dans le ventre, on ne reconnaît pas d'obstacles, mais l'anse résiste aux tractions sans qu'on puisse l'amener entièrement au dehors pour l'examiner.

La paroi abdominale est alors largement débridée en dehors et en haut, et immédiatement, les anses, ballonnées, s'échappent au dehors, l'anse malade comprise. On reconnaît alors un véritable nœud intestinal, formé par des adhérences anciennes, et ce n'est que difficilement qu'on peut se rendre compte de la situation des parties. Il y a en effet un enroulement de l'intestin formant un 8 de chiffre complet, et c'est une des deux boucles de ce 8 qui s'est engagée dans l'anneau et s'est étranglée. La boucle étranglée présente des lésions graves, et il est impossible de la réséquer à la limite de l'étranglement puisqu'on se trouverait en plein tissu adhérent, à un carrefour intestinal, et qu'on laisserait des coudures dangereuses et une boucle inquiétante. D'autre part, l'anse grêle étranglée, déjà rentrée dans le ventre, après examen, fait suite immédiatement au 8 de chiffre, et nous l'avons vu, elle est assez malade pour avoir donné un moment d'hésitation sur l'opportunité d'une résection. Le plus sûr paraît donc de faire la résection des deux anses étranglées et de la boucle intestinale, enlever, en un mot, tout ce qui est malade ou suspect d'un seul bloc. La résection faite est suivie d'entérorraphie circulaire.

Celle-ci terminée, on s'aperçoit que les deux bouts réunis ont tendance à se couder vers le mésentère et que les gaz et les liquides ne passent qu'avec difficulté d'un côté à l'autre. M. Le Fort pratique immédiatement une entéro-anastomose complémentaire entre les deux bouts, puis l'intestin est réduit dans le vendre et la paroi fermée. Un drain de sûreté est placé dans la plaie.

Sérum à hautes doses répétées, caféine. Le 16, l'état général n'est pas mauvais. Le 17, il n'y a pas eu de selles. La malade tousse, on constate les signes d'une congestion pulmonaire très intense.

Le 18 la malade a été à la selle. Les jours suivants, la congestion pulmonaire s'atténue, des selles abondantes montrent que l'intestin fonctionne bien, et la guérison paraît probable.

Vers le 20, on s'aperçoit que le drain laisse passer un peu de matières fécales dans le pansement. Deux jours plus tard, la fistulette stomacale paraît fermée et le phénomène ne se reproduit plus. Actuellement, il subsiste encore un léger suintement séro purulent au niveau de la plaie, mais la malade est en pleine voie de guérison et demande de retourner dans sa famille.

M. Le Fort présente les pièces. Le bout d'intestin réséqué a environ 40 centimètres ; malgré les tentatives faites au moment de l'opération pour sectionner les adhérences et redresser l'intestin, on voit encore le 8 formé par l'anse malade et la soudure intime des différentes parties de cette anse. L'interrogatoire de la malade, fait après l'opération, a montré qu'elle avait un passé intestinal chargé, sans qu'on puisse établir exactement quelle a été la cause de la lésion constatée.

Fracture de la colonne vertébrale. Ecrasement et rupture totale de la moelle — Hémianesthésie. — Mort

M. Le Fort. — Le 20 mai 1902, on apportait à l'hôpital Saint Sauveur, dans le service de M. le professeur Folet, un jeune garçon de 15 ans, atteint de fracture de la colonne vertébrale. En dénichant des nids d'oiseaux, ce gamin a fait une chute de 14 à 15 mètres et est resté sans mouvement. On constate une saillie crépitante et une gibbosité au niveau des troisième et quatrième dorsales ; la paraplégie est absolue, l'anesthésie des membres inférieurs et la partie inférieure du tronc également, incontinence fécale et urinaire, suppression totale du réflexe patellaire.

Le 21, la zône d'anesthésie s'étend, la température s'élève, le pouls monte, et, malgré la presque certitude de trouver la moelle rompue, M. Le Fort pratique la laminectomie.

L'opération est facile. A l'aide de pinces, on enlève les arcs postérieurs de deux verticales d'abord, puis, la dure-mère mise à nu, constatant qu'elle est comprimée en bas, on enlève encore deux arcs postérieurs. La dure-mère est ainsi mise au jour sur dix centimètres environ. En la réclinant à droite, le doigt sent en avant une saillie très marquée formée par un corps vertébral, probablement le quatrième. Le troisième a basculé en avant et n'appuie plus que sur la partie tout à fait antérieure du quatrième. Deux aides tenant le bassin et les jambes et deux aides tenant les épaules et la nuque, tirent en sens contraire, pendant que M. Le Fort tente la réduction directe dans la plaie, mais il est impossible de rien faire bouger. Du reste, l'absence des arcs postérieurs fait que la dure-mère passe librement sans se couder sur la saillie qu'on pourra toujours émousser à l'ostéatome.

Le doigt, en suivant la gaine rachidienne, constate une extrême mollesse de mauvais augure sur une étendue de plusieurs centimètres au niveau des lésions. La dure-mère est incisée verticalement, la moelle s'écoule en bavant, elle est complètement détruite et diffluente, les bouts sectionnés sont à plusieurs centimètres de distance, et trop écartés même pour tenter une suture qui, du reste, ne donnerait probablement rien.

Fermeture rapide de la plaie et pansement.

Le 22, le malade est encore vivant, il meurt la nuit suivante.

M. Le Fort présente les pièces comprenant les arcs postérieurs des 4 vertèbres dorsales et un fragment de moelle diffluente recueillie lors de l'opération.

Cancer du rectum suivi de carcinose miliaire généralisée (poumons, cœur, péritoine, peau). — Hydronéphrose par compression uretérale.

MM. **Ingelrans** et **Taconnet** présentent des pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'une femme de 42 ans, décédée le 4 juin 1902 dans le service de M. le professeur Combemale. Cette malade avait été amenée mourante le 1er juin au soir. Elle était émaciée, avait des vomissements fécaloïdes, de violentes douleurs abdominales, de l'ascite. La présence de petits noyaux indurés sous la peau du ventre fit porter le diagnostic très probable de cancer du péritoine. L'examen clinique était quasi impossible du fait de l'état général. On apprit seulement que les signes de gravité dataient de six semaines et que depuis quelques mois la constipation était très marquée.

A l'autopsie, on trouve le rectum peu adhérent aux tissus voisins. Il est transformé en un cylindre rigide de 8 à 10 centimètres de longueur. Un rétrécissement concentrique réduit son calibre à celui d'un porte-plume. La surface intense est ulcérée. L'intestin sus-jacent a son calibre normal. Le tissu cellulaire en avant du sacrum est infiltré et induré. Les ganglions lombaires sont gros et durs. Au niveau de l'intestin du mésentère, tout le tissu cellulaire est transformé en une gangue rigide, où cheminent, depuis les piliers du diaphragme jusqu'au sacrum, l'aorte et la veine-cave perméables et entourées de ce manchon épais et lardacé. Les iliaques primitives sont noyées dans cette même masse d'infiltration.

Les uretères comprimés dans une grande partie de leur trajet sont un peu dilatés au niveau des reins. A gauche, hydronéphrose sous pression ; à droite, pyonéphrose avec pus verdâtre, mal lié, grumeleux. Les reins sont énormes, scléreux ; leur substance est refoulée par la distension du bassinet.

Indépendamment de ces phénomènes de propagation, le cancer s'est généralisé par voie sanguine et a amené une carcinose miliaire aiguë. Les poumons offrent un semis de granulations blanc-grisâtre. Leur parenchyme est farci de grains de semoule très perceptibles à la palpation, comme dans la granulie. Noyaux dans le cœur dont quelques-uns au niveau des coronaires. Nodules cutanés dans la région sous-ombilicale. Cancer du péritoine : la surface de cette séreuse est criblée de tumeurs miliaires presque transparentes rappelant le frai de grenouille. Ascite hémorrhagique. Hémorrhagie au niveau du mésentère. Epanchement notable dans les plèvres. Utérus, vessie, foie, estomac, encéphale, intestin grêle, rate, côlons sont normaux. Cette autopsie présente plusieurs points tout à-fait remarquables. D'abord il s'agit d'une forme infiltrée diffuse du cancer du rectum. C'est ce que Quénu appelle le cancer massif. Il y a extension aux divers segments du rectum, infiltration à toutes les tuniques. Cette forme peut survenir d'emblée et marcher très vite. Elle se rapproche de la *laminar form* des auteurs anglais. Luys en a publié un cas avec propagation pulmonaire (*Soc. anatom.*, 5 fév. 1897).

En second lieu, l'hydronéphrose par compression des uretères n'est qu'exceptionnellement signalée dans le cancer du rectum. Schœning (*Deuts Zeitschr.*, 1884) la note chez une jeune fille morte d'accidents convulsifs urémiques. Quénu et Hartmann en signalent un cas personnel (*Chirurgie du rectum*). Bohm en donne une observation sans autopsie, Leube également (*Ziemms. Handbuch*).

Dans le cas de Fayard (Th. Lyon, 1891), l'uretère n'était pas comprimé, mais présentait deux noyaux cancéreux. Dans celui de Rabé (*Soc. anat.*, janv. 1898), le cancer de l'uretère n'avait pas donné d'hydronéphrose.

Il faut signaler, qu'en cas de généralisation, le foie est le viscère le plus souvent atteint et qu'ici il paraissait sain. Dans un cas de Jean, où l'utérus, les poumons, le péritoine étaient pris, le foie était également intact (*Soc. anat.*, 19 fév. 1875).

Les noyaux cutanés sont tout à fait rares : Quénu en cite un seul exemple. D'ailleurs, la grande généralisation n'est elle-même pas fréquente, car le cancer du rectum tue avant qu'elle puisse se faire. Féré (*Soc. anat.*, 10 juin 1881), a une observation où le foie, le péricarde, le mésentère sont atteints ; Hochenegg (*Wien. Kl. Woch.*, 1889), a vu la participation du poumon, du péritoine, des reins et des capsules surrénales. Dans le cancer sténosant, l'intestin sus-jacent est, dans la règle, dilaté : il a conservé son calibre dans la présente observation.

L'intégrité de la veine cave dans son trajet à travers le tissu infiltré, de l'utérus, de la vessie, l'absence de dilatation intestinale sus jacente au cancer, l'absence d'urémie, d'œdèmes, de phlébite, le fait que les symptômes moyens ne dataient que de six semaines, tout cela fait penser que ce cancer a dû croître à une allure très rapide, ce qui a contribué à changer sa physionomie habituelle.

Erratum : Les expériences de MM. Surmont et Drucbert, citées à la séance du 25 mai dernier (voir page 262, dernières lignes) ont porté sur dix centigrammes de glycogène et non deux comme il est indiqué par erreur.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Un concours pour l'admission aux emplois de médecin-**adjoint des asiles publics d'aliénés** s'ouvrira à Paris le lundi 10 novembre 1902.

Les candidats devront être Français et docteurs en médecine d'une des Facultés de l'Etat, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas être âgés de

plus de trente-deux ans, au jour de l'ouverture du concours ; ils devront justifier d'un stage d'une année, au moins, soit comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chefs de clinique ou internes des hôpitaux nommés au concours.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur et devra parvenir le 9 octobre 1902, au plus tard, au ministère de l'intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publique, 7, rue Cambacérès).

Cette demande sera accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de services et d'une note résumant ses titres et travaux scientifiques, ainsi que des pièces faisant la preuve de son stage et de l'accomplissement de ses obligations militaires.

Les épreuves seront toutes subies à Paris, sous le contrôle de l'inspecteur général, président. Les épreuves écrites sont éliminatoires. Les épreuves sont au nombre de cinq, savoir :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats ; le maximum des points sera de 30.

2° Une question écrite portant sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation des aliénés, pour laquelle il sera accordé deux heures ; le maximum des points sera de 10.

3° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition ; le maximum des points sera de 20.

4° Une épreuve clinique sur deux malades aliénés. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades, quinze minutes de réflexion et trente minutes d'exposition. L'un des deux malades sera plus spécialement examiné au point de vue médico-légal ; le maximum des points sera de 30.

Aucun des candidats ne pourra subir cette épreuve dans l'asile auquel il appartient ou il aura appartenu depuis moins de trois ans.

5° Une épreuve sur titres. Le maximum des points sera de 10 pour cette épreuve et les points devront être donnés au début de la séance de correction des épreuves écrites. Il sera tenu compte de ces points en vue de l'admissibilité des candidats aux épreuves orales et cliniques.

Le nombre des places mises au concours est fixé à dix : il ne pourra, dans aucun cas, être dépassé.

Aucun délai n'est garanti pour la nomination des candidats reçus au concours. Au fur et à mesure des vacances d'emploi qui se produiront dans les asiles d'aliénés, les candidats déclarés admis seront nommés suivant l'ordre de classement par mérite établi par le jury.

Le voyage d'études médicales de 1902 aura lieu du 7 au 16 Septembre inclus. Il comprendra les stations des Vosges et de l'Est, visitées dans l'ordre suivant : Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne les Bains, Luxeuil, Plombières, Gérardmer, la Schlucht, Bussang, le Ballon d'Alsace, Salins et Besançon.

Le V. E. M. de 1902 — comme celui de 1899 aux stations du Centre et de l'Auvergne, celui de 1900 aux stations du Sud-Ouest et celui de 1901 aux stations du Dauphiné et de la Savoie — est placé sous la direction scientifique du docteur LANDOUZY, Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications. Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, à la première station, Vittel. Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français. Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au départ de la dernière station, Besançon, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ. De Vittel à Besançon, prix à forfait : 200 francs, pour tous les frais : chemins de fer, voiture, hôtel, nourriture, transports des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au docteur CARRON DE LA CARRIÈRE, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe arrondissement). Les inscriptions sont reçues jusqu'au 25 août 1902, terme de rigueur.

Le **IVe Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique** se tiendra à Rome, du 15 au 21 septembre, sous le patronage du roi d'Italie et sous la présidence d'honneur du Ministre de l'Instruction publique et de Guido BACCELLI.

Président du Congrès : Professeur Ercole PASQUALI (de Rome) ; *Président de la section d'Obstétrique* : Professeur MORISANI (de Naples) ; *Président de la section de Gynécologie* : Professeur MANGIAGALLI (de Pavie) ; *Secrétaire général* : Professeur PESTALOZZA (de Florence).

Membres du Comité d'organisation : Professeur CALDERINI (de Bologne) ; professeur GAZZONI (de Messine) ; professeur LA TORRE (de Rome) ; professeur NEGRI (de Venise) ; professeur TRUZZI (de Padoue) ; *Secrétaires* : Professeurs CARUSO (de Naples) ; REGNOLI (de Rome) ; Rossi DORIA (de Rome) ; *Trésorier* : M. Cesare MICHELI, 127, via Rasello, Rome.

Rapports : 1° Les indications médicales à la provocation de l'accouchement, par MM. BARTON-COOK-HIRST (de Philadelphie) ; HOFMEIER (de Wurtzbourg) ; PINARD (de Paris) ; REIN (de Pétersbourg) ; SCHAUTA (de Vienne) ; SIMPSON (d'Edimbourg) ;

2° De l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale, par MM. FEHLING (de Strasbourg) ; LÉOPOLD (de Dresde) ; TREUB (d'Amsterdam) ; TUFFIER (de Paris) ;

3° La tuberculose génitale, par MM. Martin (de Greifswald) et Veit (de Leyden) ;

4° La cure chirurgicale du cancer de l'utérus, par MM. Cullen (de Baltimore) + Freund (de Berlin) ; Jonnesco (de Bucarest) ; Pozzi (de Paris) ; Wertheim (de Vienne).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Jayle, secrétaire du Congrès pour la France, 232, boulevard Saint-Germain.

Le **Premier Congrès égyptien de Médecine** se tiendra au Caire, du vendredi 19 au mardi 23 décembre 1902, sous le haut patronage de S. A. le Khédive.

Président du Congrès : Dr Ibrahim Pacha Hassan ; *Secrétaire général* : Dr Voronoff ; *Section* : Pathologie interne. *Président* : Comanos Pacha ; Maladie des pays chauds. *Président* : Dr Ruffin ; Chirurgie. *Président* : Dr Milton ; Ophtalmologie. *Président* : Dr Mohamed Bey Eloui.

Questions mises plus particulièrement à l'étude. — *Hépatite des pays chauds et abcès du foie* ; *Bilarzia hæmatobia* ; *Fièvres bilieuses et paludéennes* ; *Filariose* ; *Ankylostome duodénal.* — *Choléra.* — *Dysenterie.* — *Lèpre.* — *Peste* ; *Lithiase urinaire* ; *Granulations conjonctivales* ; *Anomalie de la réfraction dans les écoles* ; *Ophtalmologie égyptienne.* — *Ophtalmologie purulente.*

Les langues française et arabe sont les langues officielles du Congrès.

La cotisation est de **25 fr.** Les versements doivent être faits par chèque ou mandat-poste à l'adresse suivante : M. le Trésorier général du premier Congrès égyptien de médecine, Le Caire (Egypte). Prière de joindre une carte de visite.

Le Comité national français, présidé par M. le professeur Lannelongue, se tient à la disposition des Congressistes français pour leur fournir les renseignements qu'ils désireraient. S'adresser à M. Dr Achard, secrétaire général du Comité français, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Des fêtes seront données au Caire à l'occasion du Congrès.

Le Comité égyptien a organisé pour les Congressistes les excursions suivantes, qui seront faites après le Congrès :

Le Caire et environs. — Prix (tous frais de transport) : environ 100 fr.

1er jour, matin : Citadelle, Mosquée des sultans Hassan et Mohamed Ali, Puits de Joseph, Tombeaux des Mamelucks. — Après-midi : Vieux Caire, Eglise cophte, Ile de Rhodes, Mosquée d'Amron.

2e jour, matin : Pyramides de Ghizel, Sphinx. Déjeuner au temple du Sphynx. — Après-midi : Musée égyptien.

3e jour, matin : Maharieh (arbre de la Vierge), Héliopolis, Obélisque, Parc aux Autruches. — Après-midi (à ânes) : Tombeau du Kalife, Forêt pétrifiée, Mokattam.

4e jour : Excursion au Sakkara, en bateau jusqu'à Bedrachen, à ânes jusqu'à Memphis et aux pyramides de Sakkara, Tombeaux d'Apis, de Mira et de Ti.

Haute Egypte. Excursion rapide (4 jours). — Prix (établi avec réduction de 50 0/0 sur les chemins de fer) : 126 fr. 75 1re classe, 92 fr. 50 en 2e classe (tous frais compris). Départ du Caire à 6 h. 30 du soir, arrivée à Louxor à 8 h. 30 du matin.

1er jour : Excursion à Thèbes, Tombeaux des rois Dein-el-Bakri, Ramsès, Les Colosses, Médinet-Abou, Tombeau de la reine Hatasou.

2e jour : Temples de Karnak et de Louxor. Départ à 11 h. 30 du matin, arrivée à Assouan à 6 h. 30 du soir.

3e et 4e jours : Excursion à Phila et la 1re Cataracte. Visite (à ânes) au sanatorium. Promenade en barque autour de l'île Eléphantine.

Hôtels de Louxor : Hôtel de Karnak. — d'Assouan : Hôtel de la Cataracte et Grand Hôtel.

Excursions plus longues (Agence Cook, prix réduits de 50 0/0). — 3 semaines. Prix : 625 fr., bateaux-touristes du 30 décembre. — 19 jours. Prix : 287 fr. 50, bateaux-express des 27 et 30 décembre et 3 janvier.

Prix des hôtels du Caire, réduits sur le tarif ordinaire :

Savory Hôtel	environ 18 fr.	par jour	(25 0/0 sur le tarif).	
Ghezireh Palace Hôtel	» 15	»	»	
Shewards Hôtel......	» 15	»	»	
Continental Hôtel.....	» 15	»	»	
Hôtel d'Angleterre....	» 13 10	»	»	
Hôtel du Nil.........	» 10	»	(20 0/0	»)
Hôtel Bristol.........	10 fr. par jour (prix spécial).			
Eden Palace Hôtel....	»	»		

A la demande de M. Lannelongue, la Cie du Canal de Suez a mis gracieusement à la disposition des Congressistes français un bateau pour la visite du Canal.

Le vendredi 2 mai 1902, a eu lieu, à Enghien, la réunion statutaire de **l'Association de la Presse** médicale française, sous la présidence de M. de Ranse, syndic honoraire. — Vingt-trois membres y assistaient.

Election. — M. le Dr Derecq, rédacteur en chef de la *Tuberculose infantile*, a été admis comme membre de l'Association.

Conférence de Monaco. — Au nom des Délégués nommés par l'Association pour la représenter à la *Conférence internationale de la Presse médicale* à Monaco, M. le Dr Valude a relaté les décisions prises à cette réunion. — Un compte rendu de la Conférence sera publié prochainement par le Bureau de l'Association internationale.

Congrès international des Sciences médicales de Madrid. — L'Association charge MM. R. Blondel, Doléris, et Marcel Baudouin de la représenter au comité français de propagande, organisé sous la présidence de M. le Pr Brouardel.

Tarif du transport des journaux. — Une Commission, composée de MM. Archambaud, Vidal, Blondel et M. Baudouin, est nommée pour étudier la question du *Tarif international du transport des Journaux.*

Ligue des médecins et des familles. — M. Doléris recommande cette ligue nouvelle aux Médecins journalistes d'une façon toute particulière.

Le Secrétaire général : Marcel Baudouin.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Soutenance de Thèse

M. C. Damiens, d'Hersin-Coupigny (Pas-de-Calais) a soutenu, avec succès, le vendredi 6 juin 1902, sa thèse de doctorat (6e série, n° 81,) intitulée : **Contribution à l'étude de la botryomycose.**

Dons et Legs

Lille. — Par testament, M. le docteur Ferru, qui vient de mourir à Saint-Omer, a légué sur une fortune totale de 400.000 francs, la somme de 10.000 francs à chacune des Commissions des Hospices de Lille et de Saint-Omer.

Montpellier. — Le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier est autorisé à accepter le legs de 20.000 francs fait par Madame Swiecicki pour fondation de prix annuels.

Distinctions honorifiques

Sont nommés : **Officiers de l'Instruction publique**, MM. les docteurs Floersheim et Fraysse, de Paris ; Brémaud, de Brest (Finistère) ; Bertheux, Blin et Dayot, de Rennes (Ille-et-Vilaine) ; Michalowicz, de Parçay (Maine-et-Loire) ; Piazza, de Chiavari (Corse) ; Gayrard, de Congy (Marne). **Officiers d'Académie** : MM. les docteurs Bègue, Blind, Bringeon, Cestan, Chaillous, Dicquemare, Gauducheau, Hugon, Lacaille, Lhuillier, Martigny, May, Paquy, Rouffilange, Rudaux et Thibierge, de Paris ; Bodin, Lautier et Le Moniet, de Rennes (Ille-et-Vilaine) ; Antonini, de Saint-Antonino (Corse) ; Cavalié, de Figeac (Lot) ; Bernard, Guéry, de Fresnes (Nord) ; Le Filliatre, de Villejuif (Seine) ; Chambon, de Cabourg (Calvados) ; Devémy, de Valenciennes (Nord) ; Gasser, d'Oran (Oran) ; Gassion, de Balleroy (Gironde) ; Kermarec, de Landerneau (Finistère) ; Lafon, de Castries (Hérault) ; Leca, de Vico (Corse) ; Piton, Pungier et Valence, de Brest (Finistère) ; Quintrie-Lamothe, de Bordeaux (Gironde) ; Susini, de Caldarello (Corse) ; Chopin et Hussenet, médecins principaux de deuxième classe. Atgier et Hubbé, médecins-majors ; MM. Laignel-Lavastine et Le Lorier, internes des hôpitaux de Paris.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Vibert, de Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme) ; Falret, médecin aliéniste honoraire, à Paris ; Sans, conseiller général d'Arreau (Hautes-Pyrénées) ; Chartier, professeur de thérapeutique à l'Ecole de Nantes (Seine-Inférieure) ; Getten, de Pouillon (Landes).

G.-C. Pel, de Beauval (Somme) ; Labanhie, de Lille (Nord) ; Ferru, de Saint-Omer (Pas-de-Calais). Nous adressons à la famille de ces confrères, l'expression de nos bien vives condoléances.

Dubus, étudiant en médecine à Lille.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

22e et 23e Semaines, du 25 Mai au 7 Juin 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	5	8
3 mois à un an	6	9
1 an à 2 ans	4	7
2 à 5 ans	7	8
5 à 10 ans	3	1
10 à 20 ans	4	1
20 à 40 ans	14	21
40 à 60 ans	23	14
60 à 80 ans	27	18
80 ans et au-dessus	5	4
Total	98	91

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	3	1	»	»	»	»	»	2	3	»
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	3	»	»	»	»	2	»	1	3	3
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	1	1	»	2	3	»
Wazemmes, 36,782 hab.	4	»	»	»	»	1	1	4	2	4
Vauban, 20,381 hab.	1	»	»	»	1	»	»	1	1	»
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	2	»	1	3	1
Esquermes 11,381 hab.	2	»	»	»	»	1	»	1	»	»
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
Fives, 24,191 hab.	1	»	»	»	»	3	1	1	1	2
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»
Total	14	1	»	»	2	10	2	14	17	11

Répartition des décès par quartier	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	2	»	»	2	»	»	»	»	»	3	16	14
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	3	2	»	»	»	»	15	32	24
Moulins, 24,947 hab.	2	»	»	1	»	»	»	2	»	6	18	27
Wazemmes, 36,782 hab.	2	»	»	4	»	»	»	1	»	20	43	38
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	4	»	»	1	1	»	7	17	21
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	4	»	»	»	1	»	8	20	23
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	4	1	»	»	»	»	4	13	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2	5	10
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	3	1	»	»	»	»	4	17	31
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	3	5
Sud, 5,908 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	5	7
Total	7	»	»	28	4	»	1	5	»	73	189	210

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 284. Sixième Année. N° 25. Le Numéro : 10 centimes. 22 Juin 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos d'un cas d'astasie-abasie chez un enfant de huit ans (1)

par le Dr **Ausset**,
Professeur agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille.

Il y a deux ans, le 23 mars 1900, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de médecine une fillette de dix ans atteinte d'astasie-abasie paralytique, présentant des particularités très intéressantes sur lesquelles je me suis étendu alors et que je rappellerai tout-à-l'heure (voir *Echo Médical du Nord*, 8 avril 1900). Les hasards de la clinique viennent de me mettre en face d'un nouveau cas analogue, chez un garçon de huit ans ; ce curieux syndrôme n'est pas si fréquent chez d'aussi jeunes sujets pour qu'il ne vaille pas la peine d'être rapporté ici, suivi des quelques commentaires que nécessitent les phénomènes observés chez ce dernier enfant.

(1) Le malade a été présenté à la *Société de médecine du Nord* dans sa séance du 13 juin 1902.

D... Lucien, 8 ans, m'est conduit à l'hôpital de la Charité, le 10 juin dernier, parce que depuis neuf mois il ne peut plus marcher.

Il n'y a rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires : le père est vivant et bien portant ; il n'est ni nerveux ni rhumatisant ; la mère est morte d'infection puerpérale. Il y a cinq frères et sœurs vivants et bien portants ; il n'y en a pas de décédés.

Notre petit malade n'a jamais fait de sérieuse maladie, sauf la coqueluche à l'âge de trois ans. Il a été nourri au sein par une tante qui allaitait en même temps son enfant ; mais on lui a administré des soupes d'une façon prématurée. Il a marché à un an. Le père nous dit qu'il a eu un très gros ventre.

Marche de la maladie. — Vers le milieu d'août dernier, sans cause apparente, sans maladie antérieure, sans chute ni aucun traumatisme, sans qu'aucune frayeur vînt frapper l'imagination de cet enfant, comme cela se trouve noté dans d'autres cas et particulièrement chez ma petite malade d'il y a deux ans, D... Lucien commença à marcher difficilement ; il se balançait, nous dit son père, et de temps en temps il fléchissait sur ses jambes. Puis au commencement de septembre il lui fut impossible de marcher et depuis lors il est resté, sans aggravation, ni rémission, dans l'état où nous allons le trouver maintenant.

Etat actuel. — L'enfant paraît anémique ; il est pâle, les conjonctives sont décolorées. Il n'a que peu d'appétit et présente souvent des troubles gastriques.

Notre attention se porte tout d'abord du côté de ses membres inférieurs. Couché, ce petit malade semble n'avoir aucun trouble de la motilité ; tous les mouvements s'accomplissent parfaitement ; il étend, fléchit ses jambes et ses cuisses aussi souvent et aussi vite que nous lui commandons ; sa force musculaire est tout à fait normale ; sa jambe bien étendue sur la cuisse, il résiste énergiquement à nos tentatives de flexion ; de même pour l'extension.

Il nous faut déployer une certaine force pour vaincre ses muscles fléchisseurs, extenseurs ou adducteurs quand nous les lui faisons contracter.

Il n'existe pas trace d'atrophie musculaire, de déformation quelconque aux pieds. Le malade se plaint d'avoir

constamment froid aux jambes et aux pieds, qui sont en effet très refroidis. L'examen électrique des muscles fait par notre collègue Bédart avec sa compétence habituelle ne nous donne rien d'anormal.

La sensibilité explorée minutieusement ne présente aucune modification. La chose doit être notée avec soin. Toutes les piqûres, toutes les sensations de froid et de chaud sont senties partout et sans aucun retard. Jusqu'à la ceinture la peau est sèche et légèrement écailleuse.

Les réflexes plantaires et patellaires sont abolis ; le réflexe crémastérien et le réflexe abdominal très diminué, il n'y a pas de trépidation épileptoïde.

Comme mouvements et comme sensibilités, les membres supérieurs sont absolument normaux. La face est normale. Le réflexe pharyngien et le réflexe oculaire sont abolis. Les yeux sont brillants, et les globes un peu saillants.

Tous les grands appareils sont normaux. L'enfant urine très bien ; il est très constipé, reste quelquefois cinq à six jours sans aller à la garde-robe, mais il n'a jamais de défécations involontaires. La colonne vertébrale est tout à fait normale.

Il n'existe aucune douleur ni spontanée ni provoquée.

Je n'ai pu examiner le champ visuel et la vision des couleurs.

En somme, couché ou assis, cet enfant ne paraît pas malade.

Mais les choses se modifient si nous voulons le faire marcher. La station debout est à peu près impossible ; si on ne le soutient, il se met à osciller en avant ou en arrière et la chute est fatale. Pour marcher même difficulté, les jambes se dérobent absolument. Si on le soutient vigoureusement des deux côtés on parvient à le faire marcher assez bien, mais il traîne absolument ses pieds et bute très fréquemment.

Si nous plaçons l'enfant dans la position genu-pectorale, à quatre pattes, il s'avance presque normalement, de temps en temps, toutefois, il retombe sur le côté.

Notre petit malade est très gai et très intelligent.

En résumé, voilà un enfant qui, couché ou assis, ne présente aucun trouble de la motilité, mais qui ne peut ni marcher ni se tenir debout. Peut-on porter un autre diagnostic que celui d'astasie-abasie ? Nous ne le croyons pas. La conservation parfaite des mouvements en dehors de la marche s'observe bien dans le tabes ; mais dans cette maladie, si les membres inférieurs se dérobent, cela ne constitue pas, comme chez notre enfant, l'obstacle unique à la progression. Il y a dans la démarche du tabétique des particularités connues sur lesquelles il n'est pas besoin d'insister ici.

Il s'agit donc bien de ce curieux syndrôme décrit sous le nom d'astasie-abasie.

Si nous voulons comparer cette observation à celles publiées antérieurement par les auteurs, nous nous rendons mieux compte de particularités fort intéressantes.

Tout d'abord ici, nous constatons que la sensibilité est restée tout à fait normale ; à ce point de vue, c'est un cas classique, qui rentre tout à fait dans la définition donnée par Blocq. Chez ma petite malade d'il y a deux ans, il existait des troubles de sensibilité distribués de telle façon qu'on aurait pu chez elle penser un instant à de la paraplégie hystérique. J'ai montré alors qu'il n'en était rien et, comme l'a très bien dit Blocq, il s'agissait là d'un symptôme hystérique surajouté à l'astasie-abasie. Dans la paraplégie hystérique, il se manifeste toujours, en effet, une certaine diminution de la puissance dynamométrique qui n'existe pas chez ces malades.

Ces faits, surajoutés chez des astasiques-abasiques, sont très intéressants à connaître ; on peut ainsi éviter de grosses erreurs. On a vu, par exemple, des individus ayant de l'astasie-abasie pure présenter ultérieurement de l'hémianesthésie, de la parésie avec contracture, etc., lesquels troubles pouvaient disparaître alors que l'astasie persistait. Il s'agit donc bien là de phénomènes d'ordre différent.

La forme d'astasie que présente notre petite malade peut être classée, comme celle de notre enfant d'il y a deux ans, parmi les cas d'astasie-abasie paralytique ou parétique. C'est une forme très-fréquente d'ailleurs. Dans ces cas les membres inférieurs se dérobent absolument et plient sous le poids du corps.

Il est d'autres circonstances où la marche est possible mais d'une certaine façon ; ainsi on en voit ne pouvoir progresser qu'en scandant leurs pas, comme les militaires en manœuvres ; d'autres marchent à petits pas très rapides, d'autres au contraire font de très grandes enjambées, puis s'arrêtent et repartent de la même façon ; d'autres encore marchent en titubant. Il en est aussi qui sautillent en marchant (forme saltatoire de Brissaud) pour finir à un moment donné par tomber épuisés par ces sauts successifs et rapides. Nous citerons aussi la forme oscillante décrite par Surmont et Brunelle ; il semblerait que le début de la maladie chez notre sujet a été constitué par cette forme oscillante.

Dans ma précédente communication d'il y deux ans, le syndrôme était apparu après une violente frayeur. J'ai donc eu à discuter la question du diagnostic avec l'abasie émotive, la phobie abasique telle que l'ont décrite Seglas et Ballet. Ici, il ne peut s'agir de rien de semblable. Au reste, cet enfant, quand on veut le faire marcher, n'éprouve en rien ces phénomènes d'angoisse qui, dans les cas d'abasie émotive, correspondent cliniquement à ce qui se passe dans les idées obsédantes. Notre malade n'a pas cette appréhension obsédante, cette obsession *consciente* qui est la caractéristique de l'abasie par phobie, par idée fixe ; il craint bien la chute, mais c'est une crainte sub-consciente ; il sait bien qu'il ne peut marcher, ni se tenir debout, mais il ne s'explique pas cette impuissance. L'abasique par phobie a, lui, au contraire, « le sentiment de la crainte qui le domine ». (Ballet).

Nous ne voulons pas revenir ici sur les diverses explications données de ce syndrôme. Dans notre article d'il y a deux ans, nous avons dit ce qu'il fallait penser de la théorie de Charcot et Blocq, qui considéraient ce syndrôme

comme résultant d'une sorte d'amnésie spéciale, l'enfant ayant désappris à marcher.

Les stigmates de l'hystérie se rencontrent plus au moins accentués, mais toujours nets dans tous les cas relatés. C'est donc à la grande névrose qu'il faut rattacher l'apparition de ces phénomènes. Chez notre enfant nous n'avons pas retrouvé d'antécédents héréditaires; cela ne veut pas dire qu'ils n'existaient pas. Le regard de notre petit malade, l'abolition de ses réflexes pharyngien et oculaire nous permettent de le ranger dans la classe des hystériques et de rattacher les symptômes morbides qu'il présente à la grande névrose.

Il est assez rare de voir les accidents durer aussi longtemps. Il y a déjà 9 mois qu'il est atteint. Les auteurs ont cependant noté une durée plus grande, jusqu'à un an. La guérison est habituelle; mais il faut redouter les rechutes, à l'occasion, par exemple, d'une émotion ou d'un autre traumatisme.

Chez notre petite malade d'y il a deux ans la suggestion à l'état de veille a merveilleusement réussi. En trois jours la guérison était absolue. Nous essaierons ici aussi la même thérapeutique, en nous souvenant que tout peut réussir, mais que tout peut échouer. Il y a, je crois, avantage à soustraire l'enfant à son milieu habituel, où son hystérie peut être cultivée. Il convient de l'isoler et le traitement a plus de chance d'être efficace s'il séjourne à l'hôpital que s'il restait au milieu de sa famille.

Sur un cas de cancer du sein chez l'homme

par **E. Gellé**

Préparateur d'Anatomie pathologique. — Interne des Hôpitaux.

D'après le témoignage de tous les auteurs, le cancer du sein est relativement rare chez l'homme.

C'est ainsi que Ledran écrivait en 1778 : « On voit peu d'hommes avoir des cancers à la mamelle, mais on voit par contre beaucoup de femmes atteintes de cette affection. »

Beaucoup plus récentes sont les statistiques de Schultess, de Mertz, de Friedrich, de Fiedler, où nous rencontrons des cancers du sein chez l'homme dans une proportion de 1,39 à 2 et 4 pour 100 cas de cancers du sein chez la femme.

Mais si cette maladie est signalée depuis longtemps, si nous voyons Morgagni, puis Cruveilhier et Velpeau en faire mention dans leurs ouvrages, il nous faut arriver jusqu'en 1872 pour trouver une étude détaillée.

C'est à cette date, en effet, que parut la thèse d'agrégation de M. Horteloup ; on y compte seize observations et parmi celles-ci nous citerons particulièrement celles portant les numéros X et XI, car dans ces deux derniers cas les détails cliniques sont accompagnés d'examens histologiques faits l'un par M. Cornil, l'autre par M. Robin.

En 1876 et 1877 paraissent les thèses de M. Chènet et de M. Lutel, apportant l'un six cas nouveaux et l'autre une observation.

Plus tard, en 1883, M. Poirier reprend cette étude dans sa thèse inaugurale. On y trouve un grand nombre d'observations et une minutieuse bibliographie.

A partir de cette époque les mémoires et les thèses deviennent un peu plus nombreux en France et à l'étranger. Nous donnons dans le tableau suivant la bibliographie des œuvres principales.

Années	Auteurs	Indications bibliographiques
1.	Ledran	Mémoire sur le Cancer, 1778, p. 112.
2.	Morgagni	Tome VIII, Lettre 50.
3.	Velpeau	Traité des tumeurs du sein, p. 696.
4.	Cruveilhier	Atlas d'anatomie pathologique.
5.	Horteloup	Thèse d'agrégation Paris, 1872.
6.	Chènet	Thèse Paris, 1876.
7.	Lutel	Thèse Paris, 1877.
8	Poirier	Thèse Paris, 1883.
1885..........	Gilette	Union médicale. Bulletin du 13 Août.
1885..........	Courtade	» » 30 Décembre.
1885..........	Mertz	Thèse de Berlin.
1889	Schultess	Beitrage zur cliniq. Chirurg. Tubingen.
1893..........	Friedrich	Thèse de Greifswald.
1894..........	Delacour	Thèse Paris.
1896..........	Ternet	Bulletin Société Anatomique, Mai.
1896..........	Fiedler	Thèse Berlin.
1896	Sengensse	Ann. policlin. de Bordeaux, t. IV, fasc. 9.
1897..........	Laforgue	Thèse Toulouse.
1898..........	Albertin	Province médicale, n° 15.
1898..........	Pigot E.	Thèse Paris.
1899..........	Johnston	Brit. med. Journal, 1899, 20 Mai.

Il est assez intéressant de comparer les observations des différents ouvrages sus indiqués au point de vue de l'âge des malades. Il paraît y avoir en effet un âge de prédilection pour le cancer du sein chez l'homme et ce serait principalement entre 45 et 65 ans que cette affection paraîtrait être la plus fréquente, comme le montrent d'ailleurs les statistiques de MM. Poirier et Fiedler. Cette maladie est relativement rare entre 20 et 40 ans. On n'en observe que très peu de cas au-delà de 75 ans.

Notre malade rentre dans cette dernière catégorie :

Le malade est un vieillard de 78 ans, assez vigoureux et n'ayant jamais eu de maladies antérieures.

Il y a environ 15 ans, M. X... constata dans l'épaisseur de son sein gauche, à la hauteur du mamelon, un petit nodule un peu dur, de la grosseur d'une noisette. Il roulait sous le doigt et n'occasionnait aucune douleur ; ce qui fit que l'on n'y prêta guère d'attention. Mais en septembre dernier, à la suite d'un léger coup sur le sein, la tumeur se mit à grossir très rapidement, son volume fut bientôt celui d'une mandarine, puis peu à peu des douleurs vagues, lancinantes apparurent dans le creux de l'aisselle, dans le bras, dans l'épaule et dans le cou. Le malade vint alors consulter M. le Professeur Dubar.

Celui-ci constata que la tumeur au cours de sa progression était devenue adhérente à la peau, qu'elle la soulevait,

l'amincissait même assez notablement et faisait craindre une ulcération à bref délai. Il remarqua en outre qu'il existait sous le grand pectoral un empâtement également adhérent à la peau et qui tendait à l'amincir.

Pour ces deux raisons « Développement rapide de la tumeur et tendance à l'ulcération en deux endroits », M. le Professeur Dubar se prononça en faveur de l'opération. Une analyse d'urine faite alors démontra que le malade présentait 15 grammes de sucre par litre. Ceci disparut par le régime en une dizaine de jours et l'opération put être pratiquée le 23 janvier 1902.

La tumeur est circonscrite par une grande incision elliptique, puis enlevée en bloc avec la partie attenante du grand pectoral. Le curage de l'aisselle est ensuite effectué : au cours de cette manœuvre on trouve sous le grand pectoral deux ganglions de la grosseur d'une noisette, les autres perdus dans la graisse du creux axillaire ne semblent pas hypertrophiés et ne paraissent pas atteints de dégénérescence cancéreuse.

Les suites de l'opération furent absolument satisfaisantes. A noter seulement l'apparition d'un peu de hoquet qui dura du huitième au quinzième jour.

Description anatomique. — En examinant la tumeur on voit que son volume est assez considérable. Son diamètre vertical varie de 10 à 11 centimètres, son diamètre transversal est de 13 centimètres, son épaisseur est de 3 centimètres 1/2.

La peau est intimement adhérente sur toute la surface du néoplasme. Amincie, pâle, décolorée, elle présente en deux points distincts, à deux centimètres environ au-dessus et à deux centimètres à gauche du mamelon, deux petites éminences de la grandeur d'une pièce de deux francs. En ces endroits la peau faisant saillie sur le reste de la surface du sein est presque transparente, infiniment mince, tendue, violacée, et menace de s'ulcérer.

Vers la partie profonde la tumeur adhère très intimement avec le grand pectoral.

A la coupe on se retrouve en présence d'un tissu blanchâtre, dur, grinçant sous le scalpel. Par places on peut constater des petites travées conjonctives de coloration un peu rosée. Le raclage ne donne que très peu de suc.

Examen histologique. — Toute la tumeur est formée par des bourgeons épithéliaux de toutes dimensions qui sur la coupe se présentent sectionnés en long ou en travers et séparés les uns des autres par une trame conjonctive formant des travées qui en certains endroits se réduisent et deviennent excessivement ténues.

Les bourgeons épithéliaux sont tantôt arrondis, tantôt allongés et déchiquetés. Le plus grand nombre forme de grosses masses ayant à peu près les dimensions d'un lobule hépatique et même davantage.

Les bourgeons sont formés par des cellules épithéliales polyédriques tassées très intimement les unes contre les autres formant des nappes cohérentes de tissu épithélial et ceci à la périphérie des lobules. On ne retrouve en aucun point de la coupe la tendance à la formation d'une rangée régulière de cellules analogue à une véritable rangée basilaire.

Ces lobules épithéliaux ne sont pas absolument pleins, ils se présentent constamment comme criblés de petits orifices autour desquels les cellules se groupent en rangées régulières comme autour d'une lumière glandulaire. Elles prennent alors la forme cylindrique et rappellent très exactement le revêtement épithélial fortement hypertrophié des acini mammaires. En un mot les cellules bien que tout-à-fait métatypiques conservent de leur origine glandulaire primitive la tendance à se grouper autour d'un système de conduits et de lacunes qui traversent les masses épithéliales.

Le tissu conjonctif qui forme les travées est presque partout du tissu conjonctif adulte formé de fibres lamineuses bien développées, presque sans aucune trace d'infiltration leucocytaire.

Il existe en quelques rares points des éperons de tissu embryonnaire qui forment encoche dans les masses épithéliales et s'enfoncent jusque vers leur centre. Cette disposition est toutefois rare.



(A) Lumières glandulaires disséminées dans l'intérieur des masses épithéliales (B). — (C) Stroma conjonctif.

On a donc sous les yeux la coupe d'une tumeur que l'on pourrait appeler un épithélioma tubulé et lobulé dans lequel tout vestige de glande semble avoir disparu.

On ne retrouve plus nulle part un véritable acinus mammaire et l'origine glandulaire ne se trahit que par l'existence des lacunes et des orifices signalés plus haut tout autour desquels les cellules épithéliales viennent se grouper comme en un revêtement glandulaire.

Nous ajouterons qu'en certains points sur la limite de la tumeur les bourgeons épithéliaux devenant très rares, la trame conjonctive s'épanouit et finit par former des nappes beaucoup plus étendues, de sorte qu'en ces points la coupe prendra l'aspect d'une substance squirrheuse.

Il est à noter que dans toutes les régions limites principalement on trouve une abondance considérable de corpuscules pseudo-parasitaires décrits par MM. Soudakewitch et Sawtchenko. Ils se présentent sous forme de vésicules intracellulaires renfermant un ou plusieurs corpuscules munis de petits nucléoles qui restent colorés en rouge par la safranine et le Ziehl.

Nous avons pu constater à peu près toutes les formes décrites par Sawtchenko dans son mémoire de 1895.

Nous tenons en terminant à remercier M. le professeur Dubar qui a bien voulu nous confier l'observation clinique et la tumeur qui font le sujet de la présente note.

Etude critique et expérimentale sur l'anastomose vésico-rectale par le procédé de Maydl (1)

par J. Drucbert, chef de clinique chirurgicale

Maydl (2), en 1894, publia un nouveau procédé de traitement de l'exstrophie vésicale ; cette opération, qu'il avait déjà appliquée à l'homme en juin 1892, consistait essentiellement à suturer dans une incision faite à la paroi antérieure du rectum, la portion du trigone vésical qui porte les uretères.

La technique de cette opération est assez simple : on résèque la paroi de la vessie exstrophiée, sauf un lambeau ovale qui comprend le trigone. Ce lambeau est séparé de l'utérus ou des corps caverneux en ayant soin de laisser le plus de tissus possible autour des uretères, — la dénudation de ces canaux pouvant produire des accidents de sphacèle ; — le trigone est alors retourné en dedans et fixé à une incision longitudinale portant sur le rectum ou sur l'S iliaque, à l'aide de deux plans de suture : un plan mucomuqueux, un plan musculo-séreux. Le rectum devient ainsi réservoir urinaire ; dans la plupart des cas il est continent, conservant l'urine deux ou trois heures et sa muqueuse supporte bien le contact de l'urine.

Ce procédé présente encore sur les anastomoses uretéro-intestinales l'avantage suivant ; l'uretère a son intégrité parfaite ; son sphincter au niveau de l'abouchement vésical, la disposition anatomique de cet abouchement sont conservés ; cet uretère est fixé au niveau d'une portion de l'intestin peu mobile, très accessible au chirurgien pour l'opération et pour les soins ultérieurs, qui ne renferme habituellement que des matières solides et où les processus microbiens sont peu actifs. Tout semble donc concourir pour que les résultats immédiats et éloignés soient parfaits ; une suture solide assure la guérison opératoire ; le sphincter uretéro-vésical défendra le rein contre l'infection ascendante.

Quelques modifications au procédé de Maydl ont été proposées. Tuffier (3) dissèque le trigone vésical et dégage les uretères, il attire ensuite l'S iliaque par une incision médiane située au-dessus de la vessie exstrophiée, et la rend extrapéritonéale en suturant son revêtement séreux au péritoine de la plaie. Le trigone étant implanté dans cette portion d'intestin, on réunit les deux incisions et on ferme la plaie au-dessous du tout.

Gersuny (1) sectionne l'S iliaque entre deux ligatures et ferme en cul-de-sac la portion inférieure ; la partie supérieure de l'S est alors attirée par la voie périnéale à travers la cloison rectovaginale ou recto-vésicale dédoublée : il la fixe, pour terminer, à la paroi antérieure du rectum, près du sphincter. Les uretères se trouvent de la sorte implantés dans le cul-de-sac que forme la partie supérieure du rectum.

Enfin Boari a construit un grand modèle de son bouton anastomotique, bouton sur lequel on peut lier le trigone pour le fixer au rectum ; ce procédé n'a pas été appliqué à l'homme.

Les recherches expérimentales sur le procédé de Maydl ont été très peu nombreuses jusqu'ici.

Morestin (2), en 1892, avant que Maydl ait publié son procédé avait déjà implanté dans le rectum les uretères entourés d'une collerette de tissu vésical ; les deux chiens ainsi traités moururent de péritonite.

Pisani (3), en 1896, fit deux expériences sur le procédé de Maydl ; elles eurent de fâcheux résultats : un des chiens mourut à la soixante-deuxième heure, de collapsus avec étranglement interne de l'intestin ; la greffe tenait, reins et uretères étaient normaux. L'autre chien mourut de péritonite par suite de l'ouverture de la plaie opératoire. L'écoulement des urines était bien établi, les uretères n'étaient pas dilatés.

Pressat a essayé, sur des chiens, un procédé dérivé de ceux de Maydl et de Krynski. Les couches musculo-séreuses de l'intestin sont incisées en T ou en H ; on obtient ainsi deux lambeaux que l'on rabat au-dessus de la suture mucomuqueuse qui fixe le trigone vésical au rectum.

Un chien opéré par ce procédé mourut d'hémorrhagie au 4e jour ; un autre mourut le 6e jour de péritonite, l'uretère gauche était étranglé dans la suture ; il y avait pyélonéphrite et abcès miliaires du rein gauche ; un troisième chien a survécu mais l'opération était de date récente quand Pressat publia

(1) Travail du laboratoire de pathologie interne et expérimentale (professeur H. Surmont).
(2) *Cong. de Rome* et *Rev. de Chir.*, 1894, p. 432.
(3) In Pressat. Thèse Paris, 1898, n° 534.

(1) In Foges. *Viertelj. f. prakt. Heilk.* Bd. XX. Hf. 4.
(2) *Soc. Anat.* 1892, p. 796.
(3) *Policlino*, 1896, p. 333.

l'expérience dans sa thèse. Pressat eut un succès opératoire avec l'emploi du bouton de Boari, mais ici encore l'expérience était récente.

Yatkoutow (1), dans ses expériences sur dix chiens, obtint les résultats suivants : un animal disparaît ; deux meurent de péritonite, un de shock, trois de lésions rénales ; trois seulement survivent en bon état après sept à huit mois. Un de ces derniers ayant été sacrifié, Yatkoutow constata qu'un des reins était sain mais que l'autre portait des lésions de néphrite ascendante.

Nous avons cru qu'il serait intéressant de faire quelques nouvelles recherches sur ce sujet et voici les résultats que nous avons obtenus. On trouvera des détails plus complets sur le manuel opératoire employé et sur nos expériences dans l'article que nous avons publié dans les *Archives provinciales de chirurgie* de juin 1902.

Expérience 1. — Chienne 7.000 gr. 7 septembre 1900. Anastomose vésico rectale par le procédé de Maydl. L'animal meurt le 8 décembre, soit 92 jours après l'opération.

Autopsie. — 7.000 gr. L'abouchement siège à douze centimètres de l'anus. Le gros intestin est triplé de calibre ; pas de lésions de sa muqueuse. Les uretères, surtout l'uretère droit, sont dilatés ; leur calibre atteint deux centimètres. Le bassinet droit, très distendu, contient du pus. Il y a également du pus dans le bassinet gauche. Reins volumineux, mous et pâles ; rein droit, cinquante millimètres sur trente huit : rein gauche, quarante-cinq millimètres sur trente. Mort par pyélonéphrite.

Expérience 2. — Chien 15.000 gr. 12 septembre 1900. Implantation du trigone dans une anse d'iléon. Mort au deuxième jour. Le lambeau vésical porte une fissure par où les matières fécales ont filtré dans le péritoine. Uretères perméables, reins normaux. Un cancer de la prostate avait empêché l'implantation dans le rectum et l'extirpation totale du reste de la vessie.

Expérience 3. — Chienne 8,000 gr. 28 février 1901. Opération de Maydl. Mort le onzième jour.

Autopsie. Péritoine intact. Les sutures sont déjà cicatrisées et les fils muco-muqueux éliminés. Un petit point de la muqueuse du lambeau vésical s'est sphacélé, mais la couche musculaire intacte a protégé le péritoine. Rein droit 31 gr., d'apparence normale. Rein gauche 35 gr., volumineux ; dilatation des vaisseaux capsulaires ; congestion et dégénérescence de la zone corticale. Uretère droit normal ; l'uretère gauche dilaté contient un liquide purulent ; son orifice au niveau de la vessie est rétréci, et cet uretère subit une coudure assez brusque en passant au-dessous de la corne utérine gauche. Le bassinet du même côté renferme du pus dont les cultures donnent du colibacille et de longs bâtonnets. Muqueuse rectale intacte.

Expérience 4. — Chienne 17 kilog. 3 avril 1901. Opération de Maydl. Résection de la corne utérine gauche pour empêcher le tiraillement de l'uretère. La plaie abdominale s'infecte et l'animal meurt le neuvième jour.

Autopsie. Péritonite purulente. Les sutures vésico-rectales cicatrisées sont bien étanches ; les uretères ne sont pas dilatés, les reins paraissent sains et pèsent 53 et 60 gr. ; aucune lésion de la muqueuse rectale.

Expérience 5. — Chienne 16,300 gr. 10 avril 1901. Opération de Maydl. L'animal se rétablit rapidement. 28 mai, 14.500 gr. ; 30 juin, 16 kgr. ; 20 février 1902, 11 kgr. — L'épreuve du bleu montre que le rein ne laisse passer ni bleu, ni chromogène. La continence rectale est assez bonne : les évacuations, qui avaient lieu toutes les 30 minutes en juin, sont espacées d'heure en heure en février.

Mort le 10 avril 1902. La chienne maigrissait à vue d'œil depuis deux mois ; à l'autopsie, elle ne pèse plus que 7.290 gr. La mort est consécutive à l'ouverture dans le péritoine de nombreux abcès périnéphrétiques siégeant à droite.

Les reins sont profondément altérés ; le rein gauche est bosselé, sillonné de brides qui lui donnent un aspect ficelé ; il est relativement petit ; son uretère est très dilaté et flexueux. Le rein droit est très volumineux, son bassinet est rempli de pus, l'uretère est perméable ; enfin la capsule est soulevée par plusieurs abcès dont quelques-uns sont ouverts dans la séreuse. Le pus recueilli dans ces abcès contient du coli-bacille. Il s'est donc fait de l'infection ascendante avec pyélonéphrite du côté droit ; du côté gauche, au contraire, la perméabilité de l'uretère est devenue moins bonne et le rein paraît infecté d'une façon moins aiguë.

Expérience 6. — Chienne 6.000 grammes, 2 mai 1901. Opération de Maydl. L'état de l'animal est bon jusqu'au 15 mai, puis l'amaigrissement survient, la chienne refuse toute nourriture. Mort au vingt-huitième jour.

Autopsie. — L'animal ne pèse plus que que 2.800 grammes. Pas de péritonite ; muqueuse rectale intacte. Pas de dilatation des uretères ; reins de volume normal, un peu pâles au niveau de la substance corticale. L'examen microscopique de ces reins montre des lésions de néphrite Les tubuli contorti sont très tuméfiés ; au niveau des canaux droits on constate entre les tubes une infiltration cellulaire très marquée. Dans ce cas encore l'infection ascendante après la guérison opératoire, est bien nette.

Expérience 7. — Chienne 7.000 gr. 11 juin 1901. Opération de Maydl. L'animal est tué par les autres chiens au septième jour. L'abouchement est déjà cicatrisé ; les reins sont d'aspect normal.

Expérience 8. — Chienne 5.500 gr. 25 juin 1901. Opération de Maydl. Mort au troisième jour.

(1) *Soc. d'obst. et de gynécologie de Kiew*, mars 1900.

Autopsie. — Péritonite purulente. Les sutures sont désunies en un point. Vive congestion des reins avec dilatation des vaisseaux de la capsule.

Expérience 9. — Chienne 8.000 gr. 25 juin 1901. Même opération. Mort au troisième jour.

Autopsie — Péritonite purulente. Les sutures sont désunies en partie. Même congestion des reins avec dilatation des vaisseaux capsulaires que dans le cas précédent. Il faut noter que cette dilatation est plus marquée que dans la congestion que l'on rencontre fréquemment au cours des péritonites.

Tous nos chiens ont donc succombé du deuxième au trois cent soixante-sixième jour. Trois sont morts, le deuxième et troisième jour, de péritonite, due à l'insuffisance des sutures (Exp. II, VIII et IX) ; encore chez deux d'entre eux existe-t-il des lésions rénales. Un chien (Expér. VII) meurt accidentellement au septième jour ; le chien de l'expérience IV meurt au neuvième jour de péritonite purulente consécutive à l'infection de la plaie abdominale.

Chez quatre chiens la guérison opératoire a été obtenue. L'un (Exp. III) meurt le onzième jour ; un uretère est obstrué et le rein correspondant infecté ; l'autre (Exp. VI) meurt le vingt-huitième jour après une période d'amaigrissement rapide ; il n'y a pas de lésions macroscopiques, mais les altérations rénales microscopiques sont très marquées : néphrite épithéliale, infiltration leucocytaire autour des tubes droits.

Les deux derniers chiens ont survécu plus longtemps ; 92 et 366 jours, l'un d'eux même avait donné l'espoir d'une guérison définitive ; la pyélonéphrite ascendante les a tués.

Nous voyons donc que le procédé de Maydl n'est pas exempt d'accidents immédiats : dans l'expérience III il existait une petite plaque de sphacèle limitée à la muqueuse ; ce sont peut-être des lésions analogues qui ont favorisé la désunion rapide des sutures dans les expériences VIII et IX, alors que normalement les tuniques intestinales et vésicales si épaisses chez le chien sont difficilement coupées par les fils.

Le processus d'inflammation qui siège au niveau de l'anastomose peut envahir le lambeau vésical ; l'orifice urétéral peut s'infecter au contact des matières intestinales et se sténoser ultérieurement ; c'est probablement ce qui s'est passé au niveau de l'uretère gauche dans l'expérience V.

Au moment des efforts de défécation l'urine peut refluer dans l'uretère, et amener dans les voies d'excrétion du rein des coli-bacilles et autres microorganismes qui infectent le bassinet et les reins ; c'est ce qui s'est produit chez les quatre animaux qui ont succombé, après guérison opératoire, à des accidents allant de l'inflammation avec infiltration cellulaire jusqu'à la suppuration.

L'expérimentation ne donne guère en somme d'appoint bien favorable à la méthode de Maydl puisque les animaux qu'on ne tue pas d'une façon prématurée finissent par succomber à l'infection ascendante. Cependant il faut tenir compte dans l'application clinique du procédé des soins de propreté et d'antisepsie, lavages du rectum, etc... qui, mis en usage après l'opération, peuvent retarder beaucoup et peut-être même faire éviter l'infection rénale.

Et en effet l'opération de Maydl paraît donner chez l'homme d'assez bons résultats, autant qu'on en peut juger d'après les 33 cas publiés ; malheureusement la plupart des cas ont été rapportés quelques mois seulement après l'opération, en sorte qu'on manque de documents pour juger des résultats éloignés qu'on peut attendre. On trouvera le résumé de ces observations et les indications bibliographiques qui s'y rapportent dans un travail antérieur (1) auquel ne manque que le cas de M. Lambret (2).

Sauf dans un cas de Trendelenburg, où il s'agissait de résection de la vessie pour tuberculose, l'opération de Maydl a toujours été faite pour exstrophie vésicale. Sur les 33 cas on note six morts :

1. Enfant de 7 ans ; mort le soir même de l'opération, attribuée à la narcose prolongée (Maydl, 1895).

2. Enfant de 19 mois, mort le deuxième jour, à la suite d'hémorrhagies répétées au niveau de la plaie (Boari, 1898).

3. Malade de 44 ans, qui avait antérieurement de la pyélonéphrite, meurt après l'opération de son exstrophie (Gersuny, 1898).

4. Enfant de 12 ans, mort le quatrième jour ; les sutures ont cédé et l'urine et les matières fécales ont infecté le péritoine (Bucchebi, 1898).

5. Homme de 28 ans. Mort de pyélonéphrite au bout de quatre mois ; la continence du rectum avait été défectueuse chez ce malade (Mickulicz, 1896).

6. Fille de 9 ans. Morte de pyélite quinze mois après l'opération (Wœllfler, 1898).

Dans sept cas, on signale la guérison opératoire sans autres renseignements ultérieurs sur le sort des

(1) *Archiv. prov. de Chir.* 1 juin 1902.

(2) *Soc. cent. de Méd. du Nord*, 11 avril 1902.

malades : ce sont les cas de MAYDL (1892), TRENDELENBURG (1894), TROMBETTA (1896), CAPPELLO, EWALD, FRANK (1898) et ESTOR (1901).

Enfin dans 19 cas on a des résultats plus ou moins éloignés ; la guérison a été constatée en effet au bout de

1 mois. HERCZEL (1898).
3 mois. MAYDL. RESEGOTTI (1895), NOVÉ-JOSSERAND (1899).
4 mois. FRANK (1898), LAMBRET (1902).
6 mois. MAYDL (1895), TUFFIER (1898).
9 mois. VON EISELSBERG (1896).
12 mois. EWALD (1897), POZZA (1898).
14 mois. VON EISELSBERG (1896).
15 mois. MAYDL (1893), BERGENHEM (1894), KRYNSKY (1895).
18 mois. WOELFLER (1895), HERCZEL (1898).
21 mois. CRESPI (1896).
2 ans. HERCZEL (1897) (1).

Nous connaissons donc jusqu'à présent une mortalité de 18 0/0 à l'opération de MAYDL ; cette proportion serait certainement plus élevée si l'on connaissait le sort définitif des malades opératoirement guéris. Ainsi le malade de VON EISELSBERG, qui vit encore après quatorze mois, ne peut se livrer à un aucun travail fatigant sans avoir des accès de douleurs rénales ; celui de RESEGOTTI a encore, trois mois après l'opération, des accès de fièvre accompagnés de douleurs rénales. Le malade de HERCZEL, chez qui on note une survie de deux ans, conserve, depuis l'opération, une polyurie persistante. Voici donc trois cas guéris où l'état des reins est douteux et le pronostic très réservé

En général, la continence du rectum a été bonne ; dans quelques observations on note au début de l'incontinence nocturne ou pendant un sommeil profond ; dans le cas de POZZA, le contact de l'urine détermina une violente irritation de la muqueuse de l'S iliaque.

On ne peut pas dire que l'opération de MAYDL est une opération bénigne, quoique sa mortalité (18 °/₀) soit bien inférieure à celle des implantations directes de l'uretère dans l'intestin (53 °/₀).

Dans la cure radicale de l'exstrophie de la vessie, où ce procédé opératoire trouve presque exclusivement ses indications, on ne doit, en conséquence, l'employer que lorsque les méthodes d'autoplastie ont échoué.

(1) Il manque à cette liste le cas de WOSKRESSENSKI (1901), sur lequel nous n'avons aucun detail.

Luxation du coude. Gangrène de l'avant-bras. Amputation[1]

Par le docteur O. Lambret

Un jeune homme de 21 ans tombe, le 15 avril 1902, sur la paume de la main, ressent une violente douleur, se relève et retombe de nouveau de la même façon. Un confrère appelé presqu'aussitôt examine le blessé, constate une luxation du coude en arrière et en dehors, tente avec succès la réduction et place le membre dans une écharpe. Pendant la nuit, le blessé est en proie à des douleurs excessivement vives et le lendemain matin 16 avril son médecin en le visitant trouve un gonflement énorme de tout le membre, surtout de l'avant-bras ; ce dernier, et la face dorsale de la main sont couverts de volumineuses phlyctènes juxtaposées, la sensibilité et la motilité sont complètement abolies au niveau des doigts et de l'avant-bras jusqu'au voisinage du coude, le membre est absolument froid, les battements artériels ne sont plus sentis à la radiale et à la cubitale. Je suis appelé près du blessé dans la soirée, je constate que de la racine du membre à la partie moyenne du bras, il existe un œdème dur, tendu, non dépressible et véritablement ligneux. La peau est couverte de phlyctènes couleur lie de vin dont quelques-unes sont déjà ulcérées, membre froid, insensibilité absolue, perte complète de la motilité, plus de battements artériels. L'absence de mouvements d'expansion me permet d'éliminer le diagnostic d'anévrysme diffus auquel le gonflement énorme faisait tout d'abord songer. Néanmoins pour me rendre compte des désordres nerveux et vasculaires qui existent à n'en pas douter, je décide de pratiquer séance tenante l'arthrotomie. L'incision me permet d'évacuer un volumineux amas de caillots et de constater que la luxation n'est pas complètement réduite, l'humérus fait saillie en avant, le brachial antérieur et le ligament antérieur sont manifestement détruits ; tendus sur l'extrémité inférieure de l'humérus, on voit l'artère humérale et le nerf médian, le nerf a évidemment été soumis à une distension violente, il est aminci, infiltré de sang ; l'artère ne bat plus, sa tunique externe est conservée mais ses tuniques moyenne et interne sont certainement rompues et recroquevillées dans la gaine. Je termine mon intervention en faisant la réduction, en drainant au devant de l'articulation, je place le bras dans la flexion.

Le lendemain et le surlendemain aucune modification ne se produit du côté de l'avant-bras et de la main, toutefois les phlyctènes augmentent encore de volume et de nombre, le membre prend une teinte brun noirâtre, la température s'élève le surlendemain (vendredi 18 avril), à 39°5.

Le samedi 19 avril, en présence de cette aggravation de l'état local et de l'apparition de la fièvre, je me décide à faire l'amputation du bras.

Je vous présente la pièce dont j'ai fait une autopsie sommaire, il est facile de voir que les ligaments de l'articulation sont déchirés, le muscle brachial antérieur est complètement rupturé ; mais les lésions les plus intéressantes siègent au niveau des nerf médian et cubital. Le médian a encore sur la pièce un calibre très aminci au niveau de l'articulation, il est le siège de nombreuses infiltrations sanguines ; le cubital est transformé en un cordon violacé et épaissi par le sang qui s'est également répandu dans sa gaîne.

Je crois qu'une pareille lésion est excessivement rare si je m'en rapporte aux recherches que j'ai pratiquées à ce

(1) Communication à la *Soc. cent. de méd. du Nord*, séance du 25 avril 1902.

sujet. A mon avis ces lésions artérielles et nerveuses qui ont provoqué la gangrène de l'avant-bras et de la main doivent être attribuées à la distension énorme à laquelle ont été soumis les troncs vasculaires et nerveux. D'après l'enquête à laquelle je me suis livré, cette distension si intense ne doit pas être mise sur le compte des manœuvres de réduction qui n'ont rien eu d'exagéré ; je pense plutôt que ce blessé s'est tout d'abord lors de sa première chute fait la luxation du coude ; puis, celle-ci étant produite, lors de la seconde chute, les surfaces articulaires ont été violemment et fortement écartées l'une de l'autre au point d'amener la lésion que nous venons d'examiner.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Deux P C N à des camarades, qui leur font une Brimade, pour n'avoir pas voulu les suivre***

Messieurs, votre ressentiment
Nous surprend fort et nous désole;
Etes-vous si pressés vraiment
De nous voir pincer la vérole.

Vénus n'est pas toujours propice
Nous le verrons sans doute assez;
Quand nous aurons la chaudepisse
En serez-vous plus avancés.

Sans parler morale ni péchés,
Nous calculons ce qu'il en coûte,
Et puis, nous en sommes fâchés,
La suppuration nous dégoûte :

Orchite, chancres et bubon
La liste est longue, on vous l'abrège.
Que chacun vive à sa façon
Et que saint Fournier nous protège.

Hâtez votre effort généreux
Maître, que partout on invoque :
Qu'un P C N est malheureux
Quand il veut fuir le gonocoque.

(*Lyon Médical*).

Les aveugles et le massage

Tous les aveugles ne jouent pas de la clarinette, et l'on commence à s'apercevoir que ces déshérités peuvent faire mieux que d'apitoyer les passants sur leur malheureux sort.

Un médecin de Paris, et non des moindres, a eu l'ingénieuse idée de recueillir chez lui un aveugle qui lui avait été recommandé. Sachant que les aveugles ont le sens du toucher très délicat et plus développé, puisque la nature les a privés d'un sens, il employa son protégé à faire du massage.

Tous ses clients le complimentèrent de la précision des mouvements de l'aveugle. Il avait pour ainsi dire trouvé sa voie à ce pauvre garçon.

L'idée a fait son chemin, il faut le croire, puisque, à Londres, il vient de se former une commission de médecins qui apprend le massage aux aveugles ; tous se sont accordés pour trouver que le sens tactile des aveugles rendait de très grands services dans cette délicate opération.

Voilà une idée philanthropique à deux fins : elle sauvera les aveugles de la faim et elle soulagera les rhumatisants.

(*Journal médical de Bruxelles*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Un cas de responsabilité

La 1re Chambre du Tribunal civil de la Seine vient de statuer sur une affaire de responsabilité engagée dans les termes de l'article 1382 du Code civil, qui mérite d'être signalée.

Voici l'espèce :

Un docteur, qui soignait depuis longtemps une femme, mariée récemment, fournit à cette dernière deux certificats qui lui permirent d'introduire une demande en divorce.

La 4e Chambre décida, sur le vu desdits certificats, que le mari s'était livré sur sa femme aux plus graves et aux plus honteux sévices. Très irrité, celui-ci attendit sa femme à la sortie de l'audience et la frappa.

Puis, il interjeta appel. La Cour maintint le divorce pour les coups donnés, mais infirma sur les motifs tirés des certificats.

Alors, le mari poursuivit en dommages-intérêts le médecin pour avoir légèrement fourni les deux certificats qui avaient été produits.

Après plaidoiries de Me Comby père pour le demandeur, et de Me Gatineau, pour le médecin, le tribunal, présidé par M. Béhenne, a condamné celui-ci à payer 1,500 francs de dommages-intérêts.

Du jugement découle en substance cette doctrine que le médecin, qui délivre un certificat à une cliente, commet une faute quand, au lieu de se borner à ses constatations matérielles, il formule des conclusions erronées au point de vue scientifique et qui ne résultent pas des constatations par lui faites.

Il aggrave cette faute, en oubliant la réserve que son rôle lui impose et en se faisant presque le *negotiorum gestor* de sa cliente.

(*Gazette du Palais*).

Mlle Cassive et son médecin

Mlle CASSIVE, l'artiste lyrique, plaidait, le 6 mai 1902, avec son médecin, le docteur VERDIER, devant le tribunal de la Seine. Il s'agissait d'une note d'honoraires.

La note du docteur était ainsi conçue :

Note des honoraires dus par Mlle CASSIVE, 90, avenue d'Iéna, à M. le docteur A. VERDIER, pour les soins qu'il lui a donnés, depuis le 31 octobre 1899 jusqu'au 23 août 1900.

157 visites, massage avec électrisation (faradisation et galvanisation), à 20 francs....... 3.140 fr.

Estimant que le prix des visites du docteur était exagéré, Mlle CASSIVE refusa de payer.

M. VERDIER assigna alors en paiement l'artiste lyrique qui, dans ses conclusions, répondit en ces termes à la demande du docteur :

Attendu que la concluante s'en rapporte à M. le docteur VERDIER pour le nombre des visites qu'il lui aurait faites, mais repousse absolument le chiffre de 20 francs par visite ;

Que le chiffre de 10 francs serait plus que suffisant pour rémunérer le docteur VERDIER de ses soins et honoraires.

L'affaire est venue à la 6e chambre où, après plaidoiries de Me ROCHER, pour le docteur VERDIER, et de M. DELAYEN, pour Mlle CASSIVE, le tribunal, « attendu que les honoraires réclamés ne sont pas en disproportion avec l'état de fortune de la cliente », a condamné l'artiste lyrique à payer à M. VERDIER 3.140 francs, c'est-à-dire intégralement la somme réclamée par le docteur.

Adultère et médecins aliénistes

Jamais jusqu'ici on n'avait songé à soumettre les femmes adultères à l'examen de médecins aliénistes.

Cette lacune vient d'être comblée. Sur la demande formelle de Me Georges DUFOUR, avocat de la femme d'un ingénieur sous le coup d'une poursuite pour adultère devant le tribunal correctionnel de la Seine, M. le juge d'instruction LEFRESNE vient de désigner trois médecins aliénistes MM. les docteurs GARNIER, DUPRÉ et VALLON, avec mission « de déterminer le degré de responsabilité de l'inculpée alors qu'elle commettait le prétendu délit d'adultère ».

Détail à noter : La femme, sous le coup d'une poursuite pour adultère, et soumise actuellement à l'examen des docteurs GARNIER, DUPRÉ et VALLON, a été déclarée irresponsable, il y a dix-huit mois, par M. le docteur LEGRAS, dans une affaire d'incendie où elle était impliquée.

Irresponsable comme incendiaire, la femme de l'Ingénieur est-elle responsable comme adultère ?

MOTS DE LA FIN

LES PALMES ACADÉMIQUES. — Un de nos confrères invite à dîner un de ses amis qui porte à sa boutonnière un magnifique ruban violet.

Quand l'ami est parti, le jeune fils de notre confrère vient vite vers son père :

— Dis donc papa, pourquoi est-ce que les palmes académiques ça a une couleur violette ?

— Parce que c'est la plus modeste des décorations, mon enfant ; elle se cache aussitôt qu'en arrive une autre.

(Lyon Médical).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le 1er Décembre 1902 s'ouvrira à Paris un **concours pour l'admission à l'emploi de médecin et de pharmacien stagiaires des troupes coloniales.** Les candidats devront : 1° être nés ou naturalisés français ; 2° avoir eu moins de 28 ans au 1er janvier 1902 ; 3° avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée, en France et aux colonies : 4° souscrire un engagement de servir au moins six ans dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de leur nomination au grade aide-major de 2e classe.

Les épreuves consisteront, *a*) pour les docteurs en médecine : 1° sur une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2° en un examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ; 3° en une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4° en un interrogatoire sur l'hygiène.

b) pour les pharmaciens : 1° en une composition écrite sur l'histoire naturelle des médicaments et de la matière médicale ; 2° en une interrogation sur la physique et la chimie ; 3° en une interrogation sur l'histoire naturelle et la pharmacie ; 4° en une préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au Codex et détermination de substances diverses ; 5° en une épreuve de chimie analytique. En ce qui concerne les notes, les coefficients, les pièces à fournir, les demandes d'adhésion et tous autres renseignements complémentaires, s'adresser au secrétariat de la faculté de médecine.

Les médecins et pharmaciens stagiaires reçoivent, au moment de leur nomination un brevet les liant au service. Ils suivent pendant un an les cours de l'école d'application. Ils portent l'uniforme du corps de santé des troupes coloniales avec marques distinctives, adoptées par les stagiaires du corps de santé militaire. Ils sont rétribués sur le pied de 3.060 francs par an avec première mise d'équipement de 350 francs. Quand ils ont satisfait aux examens de sortie, ils sont nommés aide-majors de 2e classe des troupes coloniales.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Dans le décret du 7 juin 1902 nommant dans le **cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale,** nous relevons la promotion au grade d'aide-major de deuxième classe de MM. les docteurs LORGNIER, de Licques (Pas-de-Calais); VAN REMORTEERE, d'Escaudœuvres (Nord); VALENTIN, de Lille (Nord); VRASSE, de Lens (Pas-de-Calais); CASTELAIN, de Lille; BERTIN, de Lille; LOUIS, de Lille; DURIEUX, de Pont-sur-Sambre (Nord).

— Sont désignés dans le **cadre du corps de santé militaire** M. le médecin-major de 1re classe TROCHÉ, pour

l'hôpital militaire de Maubeuge; MM. les médecins-majors de 2e classe THOORIS, pour le 19e chasseurs à cheval, à Lille; DETTLING, pour l'Ecole militaire préparatoire de Montreuil-sur-Mer; M. le médecin aide-major de 1re classe HENRIOT, pour le 45e d'infanterie, à Laon.

— Par arrêté rectoral du 4 juin, M. le docteur BERTIN est nommé aide-préparateur de la clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

Notre Carnet

Le 10 juin 1902 a été célébré, à Paris, le mariage de M. EMILE PETIT, externe des hôpitaux de Paris, avec Mademoiselle NOÉMIE MONIER. Nous adressons à M. PETIT, ancien élève de notre Faculté, nos meilleurs vœux de bonheur.

— Le 2 juin a été célébré, à Bapaume, le mariage de M. le docteur EUGÈNE BAUDE, avec Mademoiselle MARGUERITE BACLET. Nos meilleurs souhaits de bonheur au jeune ménage.

— Le docteur CHATELIN, de Denain, nous fait part de la naissance de son fils ADOLPHE. Nous formons les meilleurs vœux pour la mère et l'enfant.

UNIVERSITÉ DE PARIS

Le **concours du prosectorat** s'est terminé par la nomination de MM. LENORMANT et SCHWARTZ comme prosecteurs titulaires, ALGLAVE et ALEXANDRE comme prosecteurs provisoires.

Le **concours pour l'adjuvat d'anatomie** s'est terminé par la nomination de MM. CHEVASSU; HALLOPEAU; TRIDON; GRÉGOIRE et BOUCHET.

M. le docteur TILLAUX, professeur de clinique chirurgicale, est, sur sa demande, nommé professeur d'anatomie, en remplacement du professeur FARABEUF, mis à la retraite.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Clermond-Ferrand. — M. le docteur DIONIS DU SÉJOUR, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire pendant la durée du congé accordé à M. le professeur BIDE, pour raisons de santé.

Bordeaux. — M. le docteur LE DANTEC, agrégé, est nommé professeur de pathologie exotique (fondation de l'Université, à Bordeaux).

M. le docteur CRUCHET est nommé, après concours, chef de clinique médicale infantile.

M. le docteur BERGONIÉ, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé, sur sa demande, professeur de physique biologique et électricité médicale à ladite Faculté.

Marseille. — M. le docteur ACQUAVIVA est nommé, après concours, chef des travaux anatomiques à ladite école.

HOPITAUX ET HOSPICES

Paris. — MM. les docteurs MARIE, BERGÉ, Marcel LABBÉ, AUCLAIR, FOURNIER, APERT, sont, après concours, nommés médecins des hôpitaux.

M. le docteur LOMBARD est nommé otorhinolaryngiste des hôpitaux. MM. les docteurs BOURGEOIS et CABOCHE, assistants titulaires; GUISET, assistant adjoint d'otorhinolaryngologie.

MM. les docteurs CAPDEPONT; NOGUÉ et ROBIN, dentistes adjoints.

Grenoble. — Sont nommés, après concours, médecin des hôpitaux, M. le docteur GAUTHIER; chirurgien des hôpitaux, M. le docteur TERMIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de Médecine. — Dans la séance du 10 juin 1902 ont été élus correspondants nationaux, MM. les docteurs FOCHIER, de Lyon; MOUCHET, de Sens.

Distinctions honorifiques

Légion d'Honneur. — Sont nommés : *Commandeur* : M. le docteur TALAIRACH, directeur du service de santé à Lorient. *Officier* : M. le docteur FARABEUF, professeur d'anatomie à la Faculté de Paris. *Chevaliers* : MM. les docteurs DURAND-FARDEL, de Vichy (Allier); SOULA, de Foix (Ariège).

Mérite agricole. — Sont nommés : *Chevaliers* : MM. les docteurs BALEY, de Châteaulin (Finistère); PELLEGRIN, de Paris.

Médaille des épidémies. — La *médaille d'or* est décernée à MM. les docteurs GALLETI et GILLET, de Marseille (Bouches-du-Rhône); la *médaille d'argent* est décernée à MM. les docteurs LE COQUEL, de Châteauneuf du Faou (Finistère); QUINTIN, de Carhaix (Finistère); THIÉRY, de Paris; ROZET, interne à l'hôpital d'Orléans (Loiret); L. GUINON, médecin des hôpitaux de Paris; WILLEMIN, chef de clinique à Paris; La *médaille de bronze* est accordée à MM. les docteurs HAMON, de Caen (Calvados); TOLLEMER, chef de laboratoire à Paris; MATHÉ, HAUSER, BISCH, NATTAN, ARMAND-DELILLE, BERGOUIGNAN, LATRON, internes des hôpitaux de Paris; BAUDRAND, CALVÉ, externes des hôpitaux de Paris.

Instruction publique. — Sont nommés : *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs BRÉMAUD, médecin en chef de l'escadre du Nord; PITON, PUNGIER, médecins principaux; VALENCE, médecin major de la marine.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteur SEMPÉ, de Tarbes (Hautes-Pyrénées); de VILLAIN, de Ville-en-Blaisois (Loir-et-Cher); LIARD, médecin principal de l'armée; DUPONT, de Noaillon (Gironde); LAPEYRIE, de Montpellier (Hérault); JAMME, de la Grande-Chartreuse (Isère); DERLON, de Paris.

DHEILLY, professeur de pathologie interne à l'école de médecine d'Amiens ; CORDIER, médecin principal en retraite à Saint-Omer (Pas-de-Calais).

Erratum

Page 283, ligne 23, au lieu de grosseur, lire grossesse.
Page 285, ligne 20, — intense, — interne.
id. — 23, — intestin, — insertion.
id. — 47, effacer : sont.
id. — 3, lire pleuro-pulmonaire.
id. — 33, au lieu de moyens, lire majeurs.

BIBLIOGRAPHIE

Viennent de paraître chez C. Naud, éditeur, 3, rue Racine, Paris :

Cliniques Médicales Iconographiques, par MM. P. HAUSHALTOR, G. ETIENNE, L. SPILLMANN, agrégés de la Faculté de Médecine de Nancy ; CH. THIRY, ancien interne des hôpitaux de Nancy. Publication in-4° jésus comprenant 62 planches composée de 398 figures en phototypie portant sur 284 observations. Publié en 8 fascicules. Prix de l'ouvrage complet 60 francs.

Les Fonctions Hépatiques, par MM. A. GILBERT, professeur à la Faculté, et P. CARNOT, docteur ès-sciences, membres de la Société de biologie. 1 vol. in-12 de 287 pages. Cartonné à l'anglaise. Prix : 5 francs.

Manuel pratique de Bactériologique (parasitologie-urotologie, anatomie pathologique), par le docteur PETIT et G. BORNE. Un volume, in-12 de 235 pages avec figures dans le texte. Prix broché : 3 francs.

Intubation du larynx (instruments, technique, avantages), par le docteur Pérez AVENDANO, ancien interne des hôpitaux de Buenos-Aires, membre correspondant de la Société de Pédiatrie de Paris, avec une préface du docteur MARIAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des enfants malades. Un volume, in-12 de 274 pages avec 67 figures dans le texte, 10 tableaux synoptiques et un tirage hors texte. Prix broché : 4 francs. C. Naud, éditeur, 3, rue Racine, Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AUX BUREAUX DU JOURNAL :

— **Quelques remarques sur la recherche médico-légale du sang à l'aide des sérums précipitants**, par MM. les docteurs LINOSSIER et LEMOINE, extrait du *Bulletin de l'Académie de médecine*, mars, 1902.

— **Utilisation des sérums précipitants, pour l'étude de certaines albuminuries**, par MM. les docteurs LINOSSIER et LEMOINE, extrait des *C.-R. des séances de la Société de Biologie*, avril 1902.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

24e SEMAINES, DU 8 AU 14 JUIN 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	6
3 mois à un an	4	7
1 an à 2 ans	3	2
2 à 5 ans	2	2
5 à 10 ans	3	4
10 à 20 ans	»	»
20 à 40 ans	6	12
40 à 60 ans	10	5
60 à 80 ans	12	5
80 ans et au-dessus	»	2
Total	48	45

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	3	»	»	»	»	»	»	6	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	2	»	»	»	»	»	»	1	»	2	1	»	»	3	»	»	»	»	»	3	12	11
Moulins, 24,947 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	2	1	6	»	»	2	»	»	1	»	»	2	15	9
Wazemmes, 36,782 hab.	4	»	»	»	1	»	»	»	5	1	2	»	»	2	»	»	»	»	»	7	22	27
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	3	5	12
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	2	»	1	»	»	»	6	14	11
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»	2	5	12
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	6
Fives, 24,191 hab.	2	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	3	9	9
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	3
Total	10	1	»	»	1	»	1	2	11	8	13	»	»	13	1	»	3	»	»	29	93	107

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant : TH. CLERQUIN.

N° 285. Sixième Année N° 26. Le Numéro : **10** centimes. 29 Juin 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La Santonine
contre les douleurs fulgurantes du tabes et contre les névralgies

par MM. le professeur **Combemale**
et **de Chabert**, interne des hôpitaux.

En 1901, M. NEGRO (1) faisait connaître devant l'Académie de médecine de Turin que l'alcaloïde du semen contra, la santonine, était un médicament précieux pour obtenir la sédation des douleurs fulgurantes chez les tabétiques.

Par analogie avec ce qui s'est passé pour le bleu de méthylène, dont les propriétés électives colorantes pour le cylindre axe avaient suggéré à EHRLICH l'idée de l'employer contre les névralgies, on sait avec quel succès, M. NEGRO, considérant la xanthopsie transitoire due à la santonine et pensant qu'une modification sensitive analogue portait peut-être sur les nerfs de la sensibilité générale, avait, par occasion d'abord, systématiquement ensuite, administré la santonine aux tabétiques en proie à des douleurs fulgurantes ; et il arrivait aux conclusions encourageantes que voici : sur 11 cas de tabes, huit fois les douleurs fulgurantes furent nettement enrayées; et deux des trois autres tabétiques retirèrent un bénéfice notable, mais non durable, un seul se montra réfractaire.

Personne n'ignore que les analgésiques, antipyrine, phénacétine, acétanilide, communément employés, en concurrence avec la morphine, contre ce symptôme si pénible du tabès, doivent être abandonnés au bout de quelques jours d'usage, en raison de l'accoutumance ; il arrive même qu'après avoir épuisé tous ces moyens efficaces cependant, le praticien se trouve désarmé, pour peu que les douleurs fulgurantes aient une durée prolongée. Aussi, avoir une arme de plus en réserve dans l'arsenal n'était pas dans l'espèce chose indifférente. Tous ceux qui ont à soigner des tabétiques comprendront avec quelle satisfaction cette communication aurait dû être reçue dans le monde médical. Or, depuis quinze mois que des résumés de ce travail ont paru en France (1), nous n'avons pas eu connaissance que confirmation de ces résultats ait été publiée. Nous croyons devoir le faire aujourd'hui.

(1) NEGRO. Giornale della R. Accademia di medicina di Torino, février 1901, p. 52.

(1) Notamment dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (1901, p. 336) et dans le *Bulletin médical* (1901, p. 174).

En ce qui nous concerne, nous eûmes recours sans retard pour les quelques tabétiques confiés à nos soins, à la santonine. Et les résultats satisfaisants que nous obtînmes nous engagèrent à généraliser cette médication à quelques cas de névralgie sciatique et intercostales, espérant ainsi qu'une lacune allait être comblée en thérapeutique, l'étude clinique de l'action de la santonine sur la sensibilité générale, en particulier de ses propriétés analgésiques.

Ce sont ces observations que nous publions ci-après. La plupart datent d'un an, quelques-unes de quelques semaines. Le long intervalle de temps qui les sépare sera pour le lecteur une preuve qu'il n'y a pas eu dans ce petit travail d'engouement pour une action méconnue d'un ancien médicament. Nous rapportons en toute simplicité ce que nous avons observé.

Observation I. — Corn.., Auguste, 57 ans, entre le 15 mai 1901 pour une sciatique gauche, dépendant d'un morbus coxæ senilis. La douleur siège à la fois à l'artère sacro-iliaque et aux différents points fessiers, péronier, etc. La cuisse est amaigrie, le pli fessier abaissé. La douleur est spontanée, mais existe aussi, surtout pendant la marche, provoquant même quelfois la chute. Dans le but d'atténuer l'endolorissement continu, la santonine est donnée le 22 mai, à raison d'une pilule par jour de 2,5 centigrammes. Au bout de cinq jours, le 27 mai, il n'y a pas d'amélioration, les douleurs n'ont aucunement rétrocédé, le malade prétend même qu'elles se sont accrues.

Observation II. — Gev..., Edouard, 50 ans, entre le 8 avril 1901 pour un tabes dorsal, avec crises gastriques, alternant avec des douleurs fulgurantes. On donne quatre pilules par jour de 2,5 centigrammes de santonine, sans grand résultats. Mais le traitement est continué quand même ; les douleurs ont diminué, surtout les douleurs gastriques; au point que le malade sort le 25 mai.

Observation III. — Meyl..., Jean-Baptiste, 45 ans, qui se présente à la consultation externe de l'hôpital de la Charité est un tabétique avéré, avec incoordination motrice, signes de Westphal, d'Argyll-Robertson, douleurs en ceinture ; les crises gastriques qui l'amènent ont commencé depuis deux ou trois jours. La santonine est conseillée. A partir du 23 avril 1901, il prend deux pilules par jour de santonine à 2,5 centigrammes, soit un gramme de santonine en vingt jours. Revu au bout de trois semaines, il assure avoir cessé de souffrir peu de temps après l'ingestion des premières pilules et dit que les douleurs n'ont plus reparu pendant les vingt jours qu'a duré le traitement.

Le 24 mai, retour du malade. Reprise des douleurs en ceinture : douleurs constrictives sans gastralgie ; palpitations qui l'éveillent en sursaut au moment de s'endormir. La santonine est prescrite à nouveau ; nous avons obtenu l'aveu ultérieurement que pour cette seconde série, la prescription n'a pas été suivie, qu'il n'a pris que quatre pilules en dix jours ; ses urines ont bien foncé en couleur, les résultats ont été tout aussi satisfaisants.

Observation IV. — Deb...., Nicolas, 43 ans, entre le 25 mai 1902, pour une sciatique chronique mal caractérisée. Les cinq centigrammes de santonine donnés dès son entrée sont suspendus le 31 mars, en raison du peu d'effet obtenu. Au 5 juin, le malade accusait des douleurs bien plus vives, on conclut que la santonine avait cependant apporté une légère sédation. La santonine est reprise au 17 juillet pour quelques jours, mais sans résultats.

Observation V. — Lem..., Jean, 50 ans, est porteur d'un tabe incipiens. Depuis cinq ans, des douleurs vagues, erratives, prédominant surtout dans le dos et dans les bras, se sont installées, il a fait de l'aortite dans le service en 1900 ; il a dû cesser le travail quinze jours avant son entrée, tant cet endolorissement s'était accru. La santonine est prescrite contre cet état, lorsque le 30 mai 1901, soit quinze jours après son entrée, surviennent des douleurs excessivement vives à l'épigastre, qui amènent à suspendre la santonine. En même temps, les signes de tabes s'accusent, et l'on peut constater à quelques jours de là, des douleurs fulgurantes, du ténesme vésical et rectal, les signes d'Argyll-Robertson, de Westphal. A l'occasion de ces crises gastriques très prononcées du reste, un lavage de l'estomac ramena un liquide aqueux, coloré en rouge ; en même temps que par l'hypersthénie stomacale, le liquide gastrique était projeté avec une force considérable dans le récipient. La santonine n'avait eu sur l'endolorissement primitif que peu d'action. Le malade sortit le lundi 19 juin.

Observation VI. — Dup..., Jules, 64 ans, entré le 29 mai 1901, éprouve depuis deux ans des douleurs imprécises dans la hanche. A l'âge de douze ans, il fit sur la hanche une chute d'un train en marche. Rachitique d'autre part, sa colonne vertébrale présente à sa partie inférieure une courbure à concavité gauche et le thorax est baissé en avant mais symétrique. Porteur d'une arthrite ou sciatique, simplement neurasthénique peut-être, on prescrit une pilule de santonine de 2,5 centigrammes tous les jours. Dès le 1er juin, les douleurs ont sensiblement diminué, mais il persiste une sensation vague et passagère de tiraillements.

Observation VII. — Sel..., Marie, 59 ans, entre le 10 mai 1901 pour une sciatique ; depuis sept semaines elle souffre dans la fesse et la cuisse gauche, surtout au mollet. Deux pilules de santonine de 2,5 centigrammes l'une, lui sont données pendant quatre jours, mais on n'obtient pas d'amélioration.

Observation VIII. — Vandenk..., Théophile, 16 ans, entre le 31 mai 1901, pour une névralgie intercostale et lombaire ; on trouve aussi un peu de congestion aux bases du poumon. On lui prescrit de la santonine à raison de deux pilules par jour de 2,5 centigrammes l'une. A peine une légère amélioration est-elle obtenue,

qui s'accentue du reste dans la suite malgré la suppression du médicament.

Observation IX. — Mor.., Gustave, 35 ans, entré le 5 juin avec un tabes nettement constitué pour des douleurs fulgurantes. Deux pilules de santonine de 2,5 centigrammes lui sont données, sans résultats pendant cinq jours.

Observation X. — Des..., Jules, 40 ans, est un ivrogne invétéré qui fait une névralgie intercostale d'origine éthylique très probablement. Il entre le 10 juillet 1901 et le lendemain, la santonine lui est prescrite à raison de quatre pilules de 2,5 centigrammes. Une atténuation notable des douleurs n'est survenue qu'au dixième jour ; les jours précédents, spontanément, le malade souffrait encore de la névralgie.

Observation XI. — Bocq..., Julien, 48 ans, journalier, entre le novembre 1901, porteur d'un tabès caractérisé, accompagné de tremblements. La santonine, par quatre pilules par jour de 2,5 centigrammes lui est prescrite pendant une huitaine pour combattre ses douleurs fulgurantes, et ce, sans résultat aucun.

Observation XII. P... Paul, 47 ans, entre à l'hôpital de la Charité, présentant tous les symptômes du tabès dorsal. Les douleurs fulgurantes dans les membres et principalement dans la jambe droite, dont ce malade souffre depuis deux jours, font ordonner 0 gr. 10 de santonine en quatre pilules, à prendre par deux dans la journée.

Le lendemain matin, les douleurs sont calmées, mais non abolies ; de plus le malade se plaint de voir trouble. Le jour suivant, l'amélioration se continue et le troisième jour on supprime la santonine. Les douleurs ont fini par disparaître complètement.

Le malade sort de l'hôpital quelques jours après.

Observation XIII. — D..., Julien, 52 ans, entre le 22 avril 1902, à la Charité, atteint de tabès fruste ; c'est sa quatrième venue dans le service pour les mêmes phénomènes. Il se plaint de douleurs fulgurantes dans les bras ; on lui administre 0 gr. 10 de santonine en quatre pilules par jour ; le lendemain les douleurs semblent avoir diminué d'intensité et de fréquence. Le surlendemain, le malade ne ressent plus de douleurs fulgurantes ; mais celles-ci sont remplacées par des fourmillements persistants dans les mains.

Observation XIV. — L..., Théophile, 43 ans, entré à la Charité le 17 février 1902, atteint de tabes, se plaint le 25 avril de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. On lui prescrit dans la journée 0 gr. 10 de santonine en quatre pilules. Le lendemain, aucun soulagement, les douleurs persistent avec autant de violence et de fréquence Le surlendemain, les douleurs sont moins fréquentes et moins vives, le malade continue toujours sa santonine, dans la même proportion et petit à petit les douleurs s'atténuent. L... se plaignait aussi de douleurs en ceinture, au niveau de l'épigastre ; sous l'influence de la santonine, ces douleurs ont complètement disparu. Aussi, au bout d'une huitaine de jours, la malade éprouve quelques troubles visuels et voit jaune. On supprime la santonine, bien qu'il ressente encore, moins forts cependant, quelques élancements caractéristiques ; à la suite de cette suppression de la santonine, les douleurs persistent les jours suivants, avec la même intensité.

Observation XV. — V..., Ferdinand, entre à la Charité pour une pleurésie séro-fibrineuse, se plaint, au moment de la défervescence, de douleurs en éclair dans les membres inférieurs. Le tabes éliminé, nous pensons à la névrite alcoolique douloureuse, étant donné le passé de buveur de cet homme. On lui prescrit de la santonine, 10 centig. par jour en quatre pilules. Dès le lendemain, amélioration qui se continue les jours suivants. Au bout de cinq jours, le malade, se plaignant de voir trouble, on supprime la santonine. Les douleurs en éclair ont disparu et ne se reproduisent plus; le malade n'a plus que de l'endolorissement dans les jambes.

Observation XVI. — Vang..., Joseph, âgé de 57 ans, est un tabétique avéré, porteur d'une arthropathie tabétique du cou de pied droit, sujet par intermittences à des douleurs fulgurantes. Depuis deux mois, il a des élancements dans les deux jambes, qui sont devenus assez fréquents pour lui faire demander son entrée à l'hôpital le 24 juin 1902; il se plaint aussi d'une constriction thoracique en éclairs très douloureuse. Quinze centigrammes de santonine sont donnés le 25 juin en six pilules et aboutissent à calmer de façon très évidente les douleurs fulgurantes des jambes, sans influencer le moins du monde les douleurs en ceinture.

La lecture des seize observations résumées ci-dessus montre avant toutes choses la véracité des dires de M. Negro sur la valeur de la santonine contre les douleurs fulgurantes du tabes, et expose d'autre part l'échec de cette médication dans le cas de névralgies simples.

L'insuccès de la santonine est souligné par les observations I, IV, VI, VII, VIII, X, XV. Que les doses soient faibles (2,5 centigrammes) ou notables (1 décigramme par jour), que le malade prenne de la santonine deux ou dix jours consécutifs, aucune amélioration sérieuse évidente n'est obtenue. Deux neurasthéniés (Obs. VI et XIV) ont seuls éprouvé quelque soulagement; et l'on sait ce que soulagement veut dire dans la bouche de cette catégorie de malades. La santonine est donc, à notre avis, sans valeur analgésique contre les névralgies vulgaires.

Tout autre est notre conclusion en ce qui concerne les douleurs fulgurantes des tabétiques. Les observations II, III, V, IX, XI, XII, XIII, XIV, XVI, qui ont toutes trait à des tabétiques tenaillés par des douleurs fulgurantes, montrent qu'une sédation a été obtenue

dans cinq de ces cas, nous pourrions ajouter dans cinq d'entre eux de façon fort manifeste et indubitable. Il est fort difficile en effet de juger l'action d'un médicament analgésique sur les douleurs si irrégulières des tabétiques; on peut toujours se demander si la cessation des douleurs est bien due au médicament, et si leur disparition ne serait pas survenue en dehors de lui. Dans les observations III, XII, XIII, XIV, XVI, il s'agit de tabétiques dont nous connaissons de longue date l'histoire clinique, les accès de douleurs et leur durée; et nous pouvons affirmer pour ces raisons que la santonine a réellement influencé leurs douleurs et en a enrayé les accès. Nos conclusions concordent donc avec celles de M. Negro: dans la moitié des cas les douleurs fulgurantes des tabétiques sont calmées par la santonine.

Nous croyons cependant devoir discuter, ne serait-ce que pour nous rallier en définitive à lui, la manière de procéder de l'initiateur de cette thérapeutique si efficace.

M. Negro n'a pas, de son aveu, osé administrer la santonine à ses malades plus de quatre à cinq fois dans l'espace de deux à trois mois; il s'est borné à la donner dans les périodes de crise, par crainte d'intoxication ou d'accumulation. D'autre part, une rémission notable s'est toujours rapidement montrée, parfois même une heure seulement après la prise, quand le malade devait en tirer bénéfice; et, chose remarquable, les douleurs ne se reproduisaient pas de dix à quinze jours.

Il nous faut convenir d'abord que la sédation dans les douleurs ne nous a jamais apparue aussi prompte que l'expose M. Negro; ce qui tient peut-être aux moindres doses que nous administrons. Nous avouerons ensuite que si nous avons été plus timides pour les doses quotidiennes, nous avons été plus audacieux quant au nombre de jours durant lesquels le médicament a été administré.

En effet, M. Negro donne de santonine habituellement 15 centigr. en trois pilules de 5 centigrammes chacune, prises à une heure de distance, ou encore administre 10 centigr. d'un coup et trois heures après fait prendre les derniers 5 centigrammes. Or, nous n'avons jamais prescrit plus de 10 centigr par jour en quatre pilules prises par deux en six heures d'intervalle dans la journée. D'autre part, M. Negro donne de santonine un jour isolément. Nous la donnions jusqu'à vingt jours consécutifs à la dose de 5 centigr. il est vrai; généralement, le tabétique ne prenait pas moins de 50 centigr., et en cinq jours. En d'autres termes, M. Negro essayait de frapper fort, de faire disparaître d'emblée la douleur, avec la crainte de l'intoxication lente. Nous nous efforcions en prolongeant la médication d'avoir la sédation incomplète d'abord, mais persistante, sans crainte obsédante d'accidents toxiques.

Or, nous croyons que notre manière de faire ne vaut pas celle de M. Negro, pour les raisons que voici. A tout prendre, un tabétique qui connaît les affres de la douleur fulgurante, ne demande pas tant à en être débarrassé complètement qu'à moins en souffrir; que la dose de santonine calme seulement ou coupe radicalement la douleur, le résultat en est toujours bien accueilli de lui; ce n'est donc pas en se plaçant à ce point de vue seulement que doit être tranchée la question de la dose à prescrire.

Les inconvénients et les dangers que présente un médicament ont au contraire une bien plus grande importance quand il s'agit d'en déterminer la dose thérapeutique. Or, nous relevons dans nos observations III, V, que des douleurs en ceinture, des crises gastriques ont succédé chez les tabétiques aux prises prolongées de santonine Si donc, pour un même résultat, à savoir la sédation des douleurs pour une quinzaine de jours, nous faisons courir au malade avec la médication prolongée, et à doses moyennes le risque de crises gastriques au bout de quelques jours de traitement, il ne peut y avoir d'hésitation. Le procédé de la dose massive et unique est préférable. C'est la raison pour laquelle nous nous rallions à la posologie de M. Negro.

Est-ce à dire cependant que l'on doive avoir la terreur de la santonine, comme M. Negro, et craindre l'accumulation ou l'intoxication? La survenue de la xanthopsie est pour le malade un phénomène assez bizarre pour attirer son attention: aucun praticien n'ignore que, dès qu'il est constaté, le devoir du médecin est de suspendre l'emploi de la santonine; mais on doit savoir aussi qu'aucun danger n'est couru par le patient si la suppression du médicament intervient dès ce premier signal. Il ne faut donc pas trop considérer la santonine comme une arme à double tranchant et se priver des services qu'elle peut rendre.

Nous sommes tellement pénétrés de l'efficacité des services qu'elle peut rendre, que nous proposons, — mais avouons n'avoir pour l'instant aucune observa-

tion à l'appui de cette proposition - de donner régulièrement dans un but préventif, tous les dix jours quinze centigrammes de santonine aux tabétiques tourmentés par les douleurs fulgurantes. L'intoxication par la santonine ne serait ainsi à pas craindre, et si, la période d'intermittence dans les douleurs obtenue par ce médicament est bien celle qu'indique M. Negro, ce serait, pour ces malheureux damnés sur la terre que sont les tabétiques, la suppression des douleurs fulgurantes.

En résumé, la santonine à la dose unique de quinze centigrammes par jour est un moyen, efficace dans la moitié au moins des cas, pour calmer rapidement les douleurs fulgurantes des tabétiques et enrayer l'évolution d'une série d'accès. L'atténuation de ces douleurs s'obtient aussi avec les doses moindres, de cinq à dix centigrammes par jour; mais elles doivent être répétées plusieurs jours, et alors des crises gastriques peuvent en être la conséquence, si l'on prétend combattre la série des accès. La xanthopsie est le signal du début de l'intoxication ; il faut s'enquérir de ce symptôme pour suspendre l'emploi de la santonine. Peut-être la santonine a-t-elle une action préventive sur les douleurs fulgurantes.

Fractures obliques de la première phalange du pouce. Cerclage au fil d'argent.

par le docteur **O. Lambret**.
Professeur agrégé, chargé du cours de médecine opératoire à la Faculté.

Les fractures des phalanges sont rares au rebours des écrasements des doigts qu'on observe en si grand nombre dans les centres industriels. Ce sont ordinairement des fractures directes dans lesquelles le trait de fracture est plus ou moins transversal. On verra qu'il est loin d'en être ainsi dans l'observation qu'on va lire.

Raymonde C..., 2 ans, vient, le 5 février 1902, à la consultation de chirurgie des enfants, à l'hôpital de la Charité. Son père me raconte qu'elle a été victime, le 25 janvier, de l'accident suivant ; elle était montée sur une table, quand s'étant portée à l'extrémité de cette table elle la fit chavirer ; la table tomba entraînant l'enfant si malheureusement que le pouce gauche fut pris entre le plancher et le rebord de la table. Il y eut immédiatement une déformation considérable qui effraya la famille ; le père crut y remédier en « tattant le doigt », mais comme ce traitement n'était suivi d'aucun résultat, il vint à ma consultation montrer l'enfant. Je constatai qu'il existait en effet une déformation considérable du pouce gauche, caractérisée surtout par une augmentation du diamètre antéro-postérieur et par un léger raccourcissement du doigt. La phalangette était en flexion et un peu en rotation externe, c'est-à-dire que sa face palmaire tendait à regarder davantage vers l'index. A la palpation, du côté palmaire vers la base du pouce, on percevait avec une très grande netteté une saillie aiguë osseuse presque sous la peau qu'elle semblait menacer. Du côté dorsal on ne trouvait rien d'anormal. Très facilement en prenant la phalangette entre le pouce et l'index, et en la faisant mouvoir, on déterminait au niveau de la phalange des mouvements étendus de latéralité ; la manœuvre éveillait de la douleur, mais ne provoquait pas de crépitation. A n'en pas douter, il s'agissait d'une fracture de la phalange avec déplacement considérable en avant du fragment métacarpien. Les essais de réduction tentés immédiatement paraissaient devoir être couronnés de succès à une condition toutefois, c'était de tirer avec force sur la deuxième phalange du pouce, tout en mettant celui-ci dans la flexion et en appuyant du côté palmaire sur la saillie osseuse pour la refouler en arrière.

Mais, avant de réduire, en raison de la rareté du fait, je voulus avoir une radiographie de la fracture. Celle-ci, que je dois à l'obligeance de M. le professeur agrégé Bédart, a été présentée, en même temps que l'enfant, à la Société de médecine du Nord. Comme elle se prête mal à la reproduction j'en donne ici le décalque exact (fig. 1).

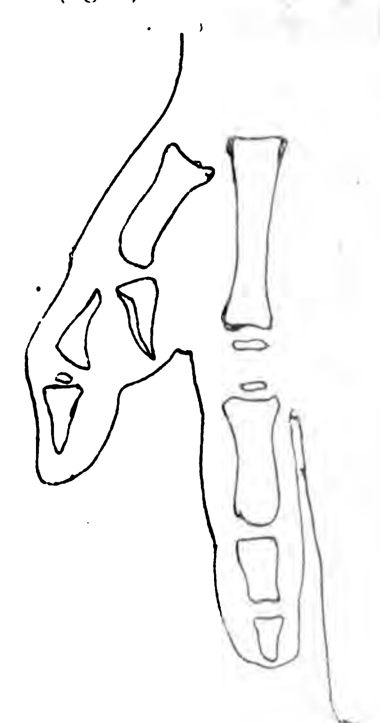


Fig. I

Un simple coup d'œil jeté sur cette figure permet de se rendre compte de la grande étendue du déplacement ; on voit également que la phalange était fracturée d'une façon fort curieuse, le trait de fracture

l'intéressait dans toute sa longueur, la divisant en deux parties d'égal volume exactement comme ferait une diagonale coupant un parallélipipède rectangle. L'inclinaison très prononcée en avant du fragment métacarpien me paraît devoir être attribuée à l'action des muscles de l'éminence thénar. Le court adducteur et le court fléchisseur, l'opposant et l'adducteur du pouce s'insèrent à la base de la première phalange du pouce, celle-ci dans le cas actuel faisait partie du fragment palmaire, de là la flexion en avant et la forte saillie sous-cutanée de ce fragment.

L'examen de la radiographie nous montre en outre qu'une semblable fracture doit avoir à peu près fatalement un retentissement sur les articulations voisines et le fait a son importance au point de vue du traitement. Celui-ci fut d'ailleurs particulièrement pénible. Je mis successivement deux appareils qui échouèrent tous deux d'ailleurs. Le premier consistait en une attelle dorsale plâtrée qui maintenait le pouce en flexion tandis que du côté palmaire un petit tampon refoulait en arrière le fragment métacarpien ; tout d'abord, la réduction parut être obtenue et maintenue, mais à quelques jours de là, quand on me ramena l'enfant, il était facile de voir que le résultat était nul et que tout était à recommencer. Je refis donc un nouvel appareil ; à l'aide, cette fois, d'une attelle palmaire, je maintins la réduction, appuyant sur la saillie et tirant sur l'extrémité du doigt jusqu'à dessiccation complète du plâtre ; deux jours après l'insuccès était de nouveau flagrant.

En somme la réduction de la fracture était possible, mais le maintien de cette réduction apparaissait comme très difficile, et à la vérité l'explication en est simple ; elle est fournie par la grande obliquité du trait de fracture, et surtout par la permanence de l'action des muscles de l'éminence thénar tendant constamment à reproduire le déplacement, action contre laquelle il est à peu près impossible de lutter chez une enfant de deux ans tant les points d'appui sont petits et illusoires. Dans ces conditions, je me crus autorisé à proposer une intervention sanglante qui me permettrait d'obtenir une réduction définitive au moyen d'un cerclage de la phalange au fil d'argent fin. Celle-ci fut acceptée.

Deux incisions d'un centimètre faites sur le bord interne puis sur le bord externe du pouce me permirent de passer au ras de l'os une anse de fil d'argent fin qui fut serrée et profondément enfoncée du côté externe. Après serrage, la réduction se maintenait parfaite, je fis un pansement simple à la gaze sans mettre d'appareil contentif. La guérison se fit sans incidents. J'enlevai le quatrième jour les deux agrafes de MICHEL qui fermaient les deux plaies, le huitième jour je ne fis plus qu'un petit pansement léger que le père devait enlever tous les jours pour pratiquer le massage et la mobilisation progressive des articulations du doigt. Ce fut la dernière fois que je vis la malade ; je désirais fortement la revoir et surtout la faire radiographier à nouveau ; j'écrivis à son père à cet effet, mais la lettre me revint : l'individu, comme le fait est fréquent dans la clientèle hospitalière, était parti sans laisser d'adresse.

Ce qui est surtout remarquable dans l'observation qu'on vient de lire, c'est la conformation du trait de fracture. Cette fracture d'un os si petit que la phalange du pouce d'un enfant de deux ans est évidemment une fracture directe, mais le mécanisme exact est difficile à déterminer.

La curieuse obliquité du trait de fracture qui divise en deux parties égales le parallélipipède rectangle phalangien doit être attribuée très vraisemblablement à la torsion violente à laquelle a dû être soumise la phalange emprisonnée entre le rebord de la table et le sol, tandis que le corps de l'enfant qui, à ce moment, n'avait pas encore atteint le sol, continuait à tomber. Cette explication me paraît très plausible bien que purement théorique (fig. II).



Fig. II

C'est la seconde fois que j'interviens pour une fracture très oblique de la première phalange du pouce. La première fois il s'agissait d'une fracture ouverte produite par une scie circulaire chez un malade que le Dr COURMONT avait amené dans le service de mon maître le prof. FOLET, dont j'étais alors le chef de clinique. L'instrument avait sectionné très obliquement le tendon fléchisseur, puis la phalange. Je fis la suture du fléchisseur et le cerclage de la phalange au moyen de deux fils d'argent, comme on peut le voir sur la figure II (Cette figure est le décalque de la radiographie qui ne peut être reproduite ayant été faite au travers d'un appareil plâtré). On constate que la réduction de la fracture est parfaite ; or, le déplacement des fragments était considérable ; le fragment inférieur, comme dans l'observation précédente, basculait en avant sous l'action des muscles de l'éminence thénar, tandis que l'extenseur entraînait en arrière

le fragment supérieur; il en résultait que la plaie était extraordinairement béante. Le malade guérit tellement bien qu'un mois plus tard il se servait de son pouce à peu près comme auparavant, et c'est là un très joli résultat non pas tant peut-être au point de vue de la suture osseuse qu'à celui de la suture tendineuse, qui est loin de toujours donner de telles satisfactions.

A propos d'un cas d'astasie-abasie chez un enfant de huit ans

publié dans le dernier numéro de l'*Echo Médical du Nord* du 22 juin 1902

NOTE RECTIFICATRICE

par le docteur **E. Ausset**, professeur agrégé,
chargé de cours à l'Université de Lille.

Il est véritablement regrettable que de grands hôpitaux, chargés d'assurer les services d'enseignement, tels que l'hôpital de La Charité, ne soient pas pourvus d'un service d'ophthalmologie. A chaque instant, lorsque l'on a affaire à un cas de maladie nerveuse, il nous est tout à fait impossible d'obtenir un examen des yeux, à moins d'avoir recours aux bons offices d'un confrère étranger à cet hôpital. La présence d'un ophtalmologiste éclairerait souvent notre diagnostic et nous ferait éviter des erreurs telle que celle que je viens de commettre à propos de l'enfant dont j'ai publié l'observation dans le dernier numéro de l'*Echo médical du Nord*.

On se souvient que dans mon article d'il y a huit jours j'ai noté que la vision n'avait pas été examinée. Je ne croyais pas que l'examen des yeux allait transformer le diagnostic posé et surtout le pronostic. En effet, l'enfant *n'accusait aucun trouble de la vue;* tous les muscles de l'œil fonctionnaient bien. Il y a deux ans, pour le cas publié par moi et observé à l'hôpital Saint-Sauveur, je pris le soin d'adresser le malade à la clinique ophtalmologique qui me fournit un examen détaillé; si j'avais pu en faire autant cette fois on m'aurait répondu en me signalant des symptômes de nature à modifier, à transformer mon diagnostic.

Voici donc ce qui s'est passé depuis quinze jours.

L'enfant entré à l'hôpital était observé depuis plusieurs jours et malgré des séances de suggestion ne semblait nullement modifié dans son état. Or, un jour on s'aperçut qu'il avait un très léger nystagmus à l'occasion de mouvements des globes oculaires. L'attention fut attirée de ce côté et M. le docteur Painblan voulut bien, avec son obligeance habituelle, faire un examen complet de la vision. Voici la note qu'il m'a remis :

« Rien aux paupières ni aux membranes externes. Pupilles moyennement dilatées; pas d'inégalité. Hippus peu accentué. Réflexes pupillaires, lumineux et accommodatif normaux à droite, retardés et paresseux à gauche.

Pas de strabisme; pas de paralysie ni de parésie des muscles extrinsèques : nystagmus oscillatoire n'existant pas dans la rectitude du regard, apparaissant, léger, dès qu'on déplace l'œil dans un sens quelconque. A noter que ce nystagmus, net aujourd'hui, 26 juin, des deux côtés, était très faible le mardi 24, et n'existait que dans la direction du regard à gauche. Acuité visuelle : O D = 1/2 ; OG compte les doigts à 0m50. — Pas de dyschromatopsie. Le champ visuel n'a pu être étudié.

Examen ophtalmoscopique :

OD : névrite optique par stase papillaire, aboutissant à l'atrophie (papille grisâtre, large, à bords irréguliers, flous; vaisseaux qui commencent à se rétrécir. Veines et artères sensiblement du même calibre).

OG. — Atrophie papillaire consécutive à une névrite avec stase (papille blanche, vaisseaux peu nombreux et filiformes). »

Il est évident que, en présence des résultats de cet examen de la vision, si j'avais pu les avoir auparavant, j'aurais cherché ailleurs la cause de l'astasie-abasie. Notre petit malade présente bien toujours le même ensemble symptomatique que celui que j'ai décrit précédemment, mais cette astasie-abasie relève d'une cause anatomique certaine qui nous est révélée par les lésions des papilles. (Je dois noter aussi en passant que lorsque j'ai présenté cet enfant à la Société de médecine, les réflexes étaient abolis et il n'y avait pas de trépidation épileptoïde ; on a constaté depuis une alternance très nette, déjà signalée par Thomas (Thèse Paris, 1897). De temps à autre, ces réflexes sont exagérés, il y a de la trépidation spinale, puis les réflexes disparaissent à nouveau ainsi que la trépidation).

A quoi donc rattacher le syndrome astasie-abasie, présenté par notre petite malade ?

Ce qui frappe le plus c'est le trouble de l'équilibre. C'est là un symptôme cérébelleux des plus nets et qui pourrait nous faire penser à une tumeur du cervelet. Mais il n'y a pas la céphalée occipitale si intense, très commune dans les tumeurs de cet organe ; les vomissements qu'on constate s'observent aussi bien dans les tumeurs du cerveau. Toutefois, en présence de la névrite optique, des troubles de la statique, symptômes prédominants chez lui, je pense qu'on peut songer à une lésion du cervelet. Je ne saurais toutefois rien affirmer dans ce sens.

Consultations Médico-Chirurgicales

Avortement

Docteur M. Oui.

INFORMATIONS CLINIQUES. — Une femme, habituellement bien réglée, n'a pas vu ses règles depuis plu-

sieurs mois. Elle a présenté quelques troubles gastriques, ses seins se sont développés. Elle se croit enceinte. Dans certains cas, même, la grossesse est certaine, les mouvements actifs du fœtus et ses pulsations cardiaques ayant été perçus par le médecin. Tout d'un coup, à la suite d'une fatigue, d'un traumatisme, au cours d'une maladie infectieuse, etc., cette femme perd du sang liquide ou mélangé de caillots. Elle ressent en même temps des coliques, des douleurs intermittentes siégeant surtout dans la région lombaire ou à l'hypogastre. Ou bien, encore, quelques heures avant de ressentir des douleurs, elle a brusquement perdu une certaine quantité de liquide clair.

Appelé auprès d'elle, vous l'examinez. L'utérus est gros ; en le prenant entre le doigt introduit dans le vagin et une main placée sur la paroi abdominale, vous le sentez durcir de temps à autre. Le col est fermé. Le sang qui s'est écoulé est en quantité minime. Il n'y a pas eu d'écoulement de liquide amniotique. La grossesse étant assez avancée, vous percevez les bruits du cœur fœtal et les mouvements actifs du fœtus. Vous avez affaire à une *menace d'avortement.*

L'hémorrhagie a été assez abondante ; mais les contractions utérines sont courtes, espacées, peu douloureuses. Le col est ouvert et permet à votre index d'arriver jusque sur les membranes. Aucun signe ne vous permet de croire à la mort du fœtus. Vous vous trouvez en face d'un avortement au début, mais assez peu avancé. *L'avortement est évitable.*

Si, au contraire, les contractions utérines sont très rapprochées et très fortes, si l'hémorrhagie a été très abondante et si les caillots ont été nombreux et volumineux, si l'œuf est rompu et le liquide amniotique écoulé, si le fœtus (dans le cas où la grossesse a dépassé quatre mois et demi) ne donne plus signe de vie, ou si le col est très largement ouvert, l'*avortement est inévitable.*

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Les causes de cet accident sont nombreuses, utiles à connaître, souvent difficiles à dépister. Vous rechercherez donc tant chez le père que chez la mère l'existence de la syphilis, de la tuberculose, des intoxications (alcoolisme, saturnisme, sulfure de carbone, oxyde de carbone). — Chez la mère, vous chercherez s'il n'existe pas de lésions cardiaques, d'albuminurie, de lésions génitales (endométrite, déviations utérines et en particulier rétroversion). Les maladies infectieuses sont généralement trop évidentes pour que vous ayez, à leur sujet, une hésitation sérieuse. En ce qui concerne les traumatismes, vous serez averti immédiatement des chutes, coups, blessures, capables de déterminer l'avortement. Vous aurez à tenir compte également du traumatisme dû au coït. Enfin, dans certains cas où la cause de l'avortement reste obscure, vous aurez à vous renseigner sur les manœuvres abortives possibles, au sujet desquelles, le plus souvent, votre enquête restera négative.

Dans nombre de cas, on accusera des émotions morales, frayeur, colère, etc. Restez sceptique à ce sujet et cherchez dans l'une des directions indiquées plus haut.

TRAITEMENT. — Le traitement que vous prescrirez sera parfois prophylactique ; le plus souvent il y aura lieu à un traitement immédiat.

A. TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.— Ce traitement préventif consiste à éviter à la femme enceinte, dans la mesure du possible, tout ce qui est susceptible de causer un avortement.

a) Donc, au cours de la grossesse, **interdiction des exercices violents** : bicyclette, équitation. Si la grossesse n'évolue pas normalement, ou si des avortements se sont produits lors de grossesses précédentes, **interdiction absolue des voyages**. Si la grossesse n'est nullement troublée, si les grossesses précédentes sont allées à terme sans incident, recommander un repos relatif au moment les périodes correspondant à celles des règles.

Interdire le coït d'une façon absolue serait peut-être excessif. Vous risqueriez fort, d'ailleurs, de n'obtenir sur ce point qu'une fausse obéissance. Contentez-vous de donner des conseils de modération, qui seront écoutés plus facilement et peut-être même, suivis.

Ecartez la femme enceinte des milieux où elle risquerait de contracter une maladie infectieuse : rougeole, scarlatine, variole, fièvre typhoïde, etc... La grippe est, aussi, dangereuse et, en temps d'influenza, les précautions contre le froid doivent être prescrites ; **la fréquentation des malades est interdite à la femme enceinte.**

b) L'existence d'une endométrite, d'une insertion vicieuse du placenta, d'une déviation utérine commandent le **repos** le plus complet possible et une surveillance médicale très attentive.

c) Dans le cas où une intoxication paternelle ou maternelle aura été la cause d'avortements antérieurs, les parents devront être prévenus de la nécessité d'un **changement de profession** ou d'habitude s'ils veulent éviter l'avortement.

d) Le repos et la protection contre le froid, cause de complications pulmonaires, le **régime alimentaire** (lait, viandes blanches, légumes), les laxatifs légers vous aideront à éviter l'avortement chez les cardiaques. Mêmes précautions devront être prises chez les albuminuriques auxquelles sera imposé le **régime lacté** absolu.

e) Enfin, dans le cas, extrêmement fréquent, où la syphilis est en cause, si vous n'êtes appelé qu'au cours de la grossesse, faites suivre à la mère le **traitement mercuriel**. Si un ou plusieurs avortements se sont déjà produits, traitez les deux générateurs en vue d'une grossesse future.

B. TRAITEMENT DE LA MENACE D'AVORTEMENT OU DE L'AVORTEMENT ÉVITABLE. — Une double indi-

cation existe, qui consistera à : 1° soustraire l'utérus à toute excitation ; 2° calmer les contractions utérines.

1° *Soustraire l'utérus à toute excitation.* — Cette indication sera remplie par le repos absolu au lit dans le **décubitus horizontal**. Il sera bon, également, pour peu qu'il existe de la constipation, d'administrer un grand lavement évacuateur. La constipation étant capable, par suite de la congestion pelvienne qu'elle amène, de provoquer des contractions utérines.

2° *Calmer les contractions utérines.* — De tous les médicaments qui ont été proposés comme calmants de la contraction utérine (viburnum prunifolium, chloral, assa fœtida), il n'en est pas de supérieur aux opiacés.

Si le cas est pressant, faites sans tarder une injection hypodermique de 1 centigr. de chlorhydrate de **morphine**, ou ayez recours à l'administration de morphine par voie rectale selon la méthode de Condamin. Faites dissoudre deux centigrammes de chlorhydrate de morphine dans une dizaine de grammes d'eau. Remplissez de cette solution une petite seringue en verre dont le bout sera coiffé d'une sonde de Nélaton et injectez le mélange dans le rectum.

Dans les cas où le danger est moins pressant vous pouvez utiliser le **laudanum** que vous administrerez à la dose de 15 à 20 gouttes dans un petit lavement. Les lavements laudanisés seront répétés suivant les besoins, toutes les deux heures jusqu'à arrêt ou espacement des contractions utérines. Mais il faudra, si on arrive à dépasser la dose de cinquante à soixante gouttes, surveiller, de très près, la tolérance de la malade.

Il n'est, d'ailleurs, point nécessaire d'administrer les opiacés par le rectum. L'absorption par la bouche en dehors des périodes de digestion, donne des résultats aussi satisfaisants.

Lorsque les contractions utérines auront cessé, il sera prudent de maintenir la femme au lit pendant deux ou trois jours, et de lui recommander, pour le reste de sa grossesse, les précautions nécessaires pour éviter de nouvelles menaces d'avortement.

C. TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INÉVITABLE. — Dans ce cas, il faut bien se garder de **rien faire pour entraver la marche de l'avortement**. Plus tôt l'expulsion de l'œuf sera accomplie, mieux cela vaudra. Assurer l'**asepsie** des organes génitaux et exciter les contractions utérines par des injections vaginales antiseptiques à 48°-50° C., et sauvegarder l'intégrité des membranes de façon à éviter l'avortement en deux temps, moins favorable que l'avortement en bloc, tel doit être le rôle de l'accoucheur.

1° Une hémorrhagie survient. — Si l'hémorrhagie qui accompagne habituellement l'avortement est très abondante, capable de mettre en danger les jours de la femme, il est indiqué d'accélérer l'avortement et d'évacuer l'utérus le plus rapidement possible. Il est donc nécessaire d'employer une méthode qui excite vivement les contractions utérines et qui, en même temps, aide à la dilatation du col.

Introduisez dans l'utérus, et gonflez-l'y, un **ballon de Champetier de Ribes** petit modèle. Placé comme un bouchon au niveau du col, il arrêtera l'hémorrhagie plus sûrement que le tamponnement le mieux fait. En même temps, il excitera les contractions utérines et, poussé par elles, il dilatera largement le col dans lequel il pénètrera comme un coin. Son expulsion sera rapidement suivie par l'expulsion de l'œuf.

2° Les membranes de l'œuf sont rompues avant l'avortement. — Lorsque l'avortement a été précédé par la rupture des membranes de l'œuf, l'état du pouls et de la température, l'aspect et l'odeur des liquides qui s'écoulent hors des organes génitaux doivent être observés avec la plus grande attention. Les toilettes vulvaires, les injections vaginales antiseptiques seront faites fréquemment et très soigneusement.

Si, malgré ces précautions, le pouls devient très rapide, si la température s'élève, si les liquides génitaux deviennent odorants, il faudra, sans perdre de temps, évacuer l'utérus et, dans ce cas, employer sans tarder le ballon de Champetier de Ribes.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 27 Juin 1902

Présidence de M. Gaudier.

Mort rapide par inondation péritoneale.

M. Castiaux. — Une femme de vingt sept ans, en pleine santé, sans cause apparente, tombe en état syncopal, et, malgré tous les soins, meurt au bout d'une heure et demie. Des soupçons d'empoisonnement font que l'on ordonne l'autopsie.

A l'examen du corps, aucune trace de violences, aucune ecchymose. Rien à la tête. Sans plus chercher, on pratiqua l'ouverture de l'abdomen, quitte, bien entendu, à aller autre part en cas d'insuccès. On ouvre le péritoine et, immédiatement, on trouve une grande quantité de sang liquide et de sang coagulé. La masse intestinale étant relevée, on examina les organes génitaux. La trompe porte un kyste de la grosseur d'un œuf de poule, rompu en un point. L'incision met à nu une poche transparente renfermant un embryon de 5 semaines environ.

Comme on le voit, il s'agit d'une grossesse extra-utérine tubaire rompue dans la cavité péritonéale. Ces cas sont relativement fréquents en médecine légale et il faut toujours songer à la possibilité d'une semblable rupture dans les cas de mort subite ou rapide chez une femme ne présentant aucune trace de violences.

En 1900, deux autopsies de ce genre, l'une du professeur Castiaux, l'autre du docteur Dutilleul.

En juin 1902, autopsie du professeur CASTIAUX à laquelle se rapportent ces notes.

M. Oui remarque que généralement ces autopsies sont provoquées par des soupçons d'empoisonnement. Ici, la rupture d'une grossesse tubaire ampullaire a été très précoce, aussi précoce que celle des grossesses tubaires isthmiques. La première pièce présentée laisse de l'indécision sur la nature de la grossesse.

M. Gérard dit que, dans ces cas, l'idée d'un empoisonnement se présente d'elle-même.

M. Dutilleul n'a conservé que dans un cas les pièces relatives à la rupture d'un kyste tubaire ayant donné lieu à expertise médico-légale ; mais il lui a été donné de pratiquer personnellement trois autopsies dans des cas semblables. Il estime que les faits de ce genre ne sont pas rares en médecine légale et qu'il importe d'y songer en cas de mort rapide suspecte.

Hypospadias vulviforme

M. Carlier présente un enfant de six ans, qui est un type d'hypospadias périnéo-scrotal. Cet enfant, inscrit sur les registres de l'état civil comme étant du sexe féminin, est en réalité un garçon. Un examen superficiel des organes génitaux fait naître l'idée d'une vulve, avec clitoris exubérant, mais la constatation d'un petit testicule dans chacune des pseudo-grandes lèvres, la présence d'un seul orifice par lequel a lieu l'écoulement des urines, l'allure masculine de l'enfant, bien qu'il ait été élevé presque tout récemment comme une fille, ne laissant aucun doute sur le sexe masculin de l'enfant.

Une seule chose d'ailleurs a attiré l'attention des parents, c'est que l'enfant ne pouvait uriner sans se souiller les cuisses par l'urine. Et en effet le pseudo-clitoris, étant maintenu appliqué entre chaque pseudo-grande lèvre par une forte bride, qui représente la palmure de la verge, c'était contre cet organe que venait se briser le jet d'urine.

M. CARLIER opérera ce malade prochainement et montrera plus tard à la Société le résultat de son intervention. Il rappelle qu'il a présenté à la Société, il y a cinq ans, un hypospade de dix-sept ans qui lui avait été adressé par le docteur BUTRUILLE, de Roubaix, et chez lequel l'abondance du système pileux faisait vraiment penser, à un premier examen, à l'existence d'une véritable vulve. La restauration de l'urètre de ce sujet fut complète, et l'opéré, aujourd'hui soldat, passa le conseil de révision sans avoir été l'objet d'aucune remarque spéciale de la part du représentant médical de l'autorité militaire.

M. Oui rappelle le cas d'un individu que FORGUE et JEANNEL avaient reconnu comme étant du sexe masculin et qui passa pour femme tout le temps de son existence.

Atrophie du rein droit chez une femme de 53 ans

M. Gérard présente des pièces anatomiques se rapportant à ce cas. Il y joint d'autres pièces similaires concernant des faits de ce genre. Le rein droit du premier sujet n'est pas hypertrophié.

Sonde brisée dans la vessie

M. Dubois montre trois fragments de sonde retirés de la vessie à l'aide de l'extracteur de BAZY. Si le hasard avait voulu qu'on retirât d'abord l'extrémité de la sonde, on aurait cru qu'il ne restait rien dans la vessie, alors qu'il s'y trouvait encore deux fragments considérables.

Opothérapie entérique

MM. Druchert et **Dehon** présentent les résultats de leurs recherches sur l'opothérapie entérique. Dans une première séries d'expériences ils ont injecté dans les veines de lapins une macération de matières fécales de chiens filtrées sur papier. Quelques-uns des animaux ainsi traités avaient reçu une injection intraveineuse, soit immédiatement, soit un certain nombre de minutes auparavant, de l'extrait glycériné de muqueuse intestinale de chien. Or, trois lapins qui avaient ainsi reçu préventivement 42 c. c. d'extrait (correspondant à 2 gr. de muqueuse, dose non toxique (1) ont succombé aussitôt après l'injection d'un volume de macération équivalant à 1 gr. et 1 gr. 50 de matières fécales. Parmi les animaux témoins, au contraire, un lapin qui avait reçu 1 gr. de matières fécales, sans injection préventive d'extrait de muqueuse, a survécu trente-six heures. L'extrait entérique ainsi utilisé ne semble donc pas doué d'une action neutralisante des produits toxiques d'origine fécale.

La ligature d'une anse intestinale a permis de réaliser l'empoisonnement stercorémique d'une façon moins brutale, et dans des conditions comparables à celles de l'occlusion intestinale.

Chez vingt-deux cobayes l'intestin grêle a été lié loin de l'estomac. Six animaux choisis comme témoins n'ont subi aucun traitement ; ils sont morts au bout de douze à trente-six heures. Les seize autres ont reçu quotidiennement des injections sous cutanées d'extrait glycériné correspondant à des quantités de muqueuse variant de 0 gramme 10 à deux grammes. La série des injections a commencé soit immédiatement après la ligature, soit seulement à partir du lendemain.

Les cobayes injectés immédiatement sont morts : trois dans les vingt-quatre heures, deux en trente-six heures, trois au bout de quarante-huit heures, enfin quatre ont succombé au troisième jour. Les quatre cobayes injectés seulement le lendemain de la ligature ont survécu quatre, cinq, six et huit jours. A première vue, ces résultats peuvent paraître favorables, mais il faut considérer que pendant le délai de vingt-quatre heures s'étendant entre la

(1) Recherches sur la toxicité des extraits de muqueuse intestinale. *Soc. cent. de Méd. du Nord*, 28 fév. 1902. *Echo Méd.*, 23 mars 1902.

ligature et l'injection, les cobayes les moins résistants succombèrent.

C'est ainsi que sur neuf cobayes appartenant à cette série, quatre seulement vivaient encore au bout de vingt-quatre heures, soit que leur résistance fût plus grande, soit que l'intoxication soit moins intense chez eux : Cette sélection explique donc la plus grande survie observée si l'on attend vingt-quatre heures avant de pratiquer les injections. De plus, chez l'animal qui a survécu huit jours, un anus artificiel s'était produit spontanément au niveau de la plaie abdominale.

La même expérience a été faite sur des lapins. Trois lapins à qui on avait lié l'intestin grêle et qui n'avaient subi aucun traitement sont morts au bout de deux, quatre et cinq jours.

Treize autres lapins ont reçu chaque jour sous la peau des quantités d'extrait glycériné correspondant à des doses de muqueuses variant de 0,50 à 5 grammes (1). Les résultats ont été dans cette série particulièrement malheureux, puisque huit animaux sont morts au bout de trente-six heures ; deux, le deuxième jour ; deux le troisième jour et un le quatrième jour.

Ces expériences semblent donc assez probantes pour conclure que l'action des extraits de muqueuse intestinale contre les phénomènes de stercorémie, est bien faible, sinon nulle. L'effort thérapeutique dans les occlusions intestinales doit donc avant tout porter sur l'état local en rétablissant le plus tôt possible le cours des matières. Quant à l'état général, peut-il être amélioré par l'opothérapie entérique ? Le fait est douteux et il est peut-être préférable, jusqu'à nouvel ordre, de s'en tenir aux simples injections de sérum artificiel, excellent stimulant des fonctions éliminatrices et cardivasculaires.

Mort subite post-opératoire

M. Gontier rapporte au nom de **M. Oui** et au sien l'histoire d'une malade de 43 ans qui mourut subitement sans dyspnée, mais avec des intermittences cardiaques, à la suite d'une intervention abdominale. Il ne s'agissait pas d'embolie pulmonaire comme cela arrive parfois (thèse de Martinet). Le cœur était sain.

M. Combemale remarque qu'il existait chez le malade des adhérences pleurales d'un côté et que ce peut être là une cause de mort subite.

M. Dutilleul répond qu'on observe avec la plus grande fréquence des adhérences pleurales généralisées et qu'il n'y a pas lieu de penser qu'elles puissent entraîner aucune conséquence fâcheuse.

M. Gérard est du même avis. Les adhérences pleurales sont fort communes et sans importance.

(1) Trois expériences de contrôle ont montré que cette dose de 5 grammes introduite par la voie sous-cutanée ne déterminait pas d'accidents toxiques.

M. Ingelrans pense que, la mort s'étant accompagnée d'intermittences cardiaques et de pâleur extrême du visage, a du s'agir d'un accès d'angine de poitrine.

M. Dutilleul dit qu'en tout cas il n'y a qu'une relation très lointaine entre la mort et l'opération. Le décès aurait pu être aussi bien anté-opératoire et c'est une coïncidence.

Polype placentaire

M. Oui lit une observation de polype placentaire (*sera publié*).

VARIÉTÉS & ANECDOTES

La maladie d'Édouard VII et la presse médicale anglaise

Nous devons aux préparatifs faits à Londres en vue du couronnement d'Edouard VII, des renseignements médicaux fournis par la presse médicale londonienne, sur la maladie du roi. La *Lancet* et le *British medical Journal* avaient, en vue des fêtes projetées, fait paraître leurs numéros deux jours à l'avance. C'est ce qui permet d'avoir dès maintenant, à côté des comptes-rendus de journaux politiques, quelques renseignements fournis par des journalistes médecins.

Voici les renseignements indiqués par les deux grands périodiques anglais. Le roi est tombé gravement malade le lundi soir. Le bruit se répandait dans Londres qu'il était atteint d'appendicite et qu'une opération rapidement reconnue nécessaire avait eu lieu mardi dans l'après-midi. Sa Majesté avait beaucoup souffert dans la nuit du lundi au mardi. A 10 heures du matin une consultation eut lieu. Y assistaient Lord Lister, Sir Thomas Smith, Sir Francis Laking, Sir Thomas Barlow et Sir Frédéric Trèves. L'opération fut faite vers midi par Sir Frédéric Trèves. Le docteur Frédéric Hewitt endormit le malade. On trouva un large abcès qui fut ouvert et la santé du roi est actuellement aussi bonne que son état pouvait le faire espérer.

La *Lancet* et le *British medical journal*, par une coïncidence assez étrange, publient tous les deux comme article de tête la Cavendish Lecture faite le 20 Juin 1902 devant la West London medico-chirurgical Society par Sir Frédéric Trèves, Chirurgien du roi, Chirurgien ordinaire du Prince de Galles, Chirurgien Consultant à l'hôpital de Londres. Le sujet de cette conférence est : de quelques phases de l'inflammation de l'appendice. Sir Trèves y discute les indications de l'opération et fait remarquer qu'une opération immédiate doit être décidée partout où il y a soupçon de suppuration.

L'état du roi est très grave et, comme l'indique le bulletin de mardi soir, il faut attendre quelques jours avant que le roi ne soit hors de danger. L'opération a été faite par un chirurgien dont la compétence en matière de chirurgie

intestinale est hors de pair et il est rassurant de lire dans la Cavendish Lecture l'opinion suivante de l'opérateur : Quand il y a suppuration, le patient peut, sauf un nombre très rare de cas, guérir de son mal. P. V.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le **Comité de l'Association Amicale des Anciens Internes et Internes des Hôpitaux de Lille,** a l'honneur d'annoncer à MM. les Internes titulaires de deuxième et troisième années, que, en vertu des articles du titre IV de ses statuts, deux concours seront ouverts le mardi 22 juillet 1902, pour l'obtention de deux prix, l'un de médecine, l'autre de chirurgie et accouchements.

Ces prix seront chacun de 100 francs en espèces. Les épreuves comporteront : 1° Un mémoire qui sera coté 40 points ; 2° Une épreuve clinique (1/4 d'heure d'exposé après 1/2 heure d'examen et 1/4 d'heure de réflexion) qui sera cotée 40 points ; 3° Une épreuve écrite sur un sujet de pathologie qui sera cotée 20 points.

Les candidats devront faire connaître, au Secrétaire général de l'Association, leur intention de prendre part aux épreuves, au moins dix jours avant l'ouverture du Concours. Ils devront lui faire parvenir en même temps leur mémoire. Le Concours aura lieu dans un service de clinique avec l'autorisation de l'Administration et des chefs de service. L'hôpital sera désigné aux concurrents la veille du Concours. Le jury décidera l'heure et les conditions de l'épreuve écrite.

Dons et Legs

M. Vaillant, vice-consul de Perse à Lille, a fait don à l'Université de Lille, de la somme de 250 francs pour la fondation d'une table de travail à la station maritime du Portel.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Marseille. — Par suite de la suppression de la chaire de pathologie externe et médecine opératoire et de son remplacement par deux chaires, sont nommés : MM. les docteurs Cousin, agrégé, professeur de médecine opératoire ; Delanglade, suppléant, professeur de pathologie externe.

M. le docteur Oddo, suppléant, est nommé professeur de pathologie interne et de pathologie générale.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Estre, de Remilly, près de Metz ; Chatelain, de Saint-Amour (Jura) ; Bizarelli, sénateur de la Drôme.

Grenet, de Cérisy-Gailly (Somme).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

25e Semaines, du 15 au 21 Juin 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	3
3 mois à un an	4	6
1 an à 2 ans	2	»
2 à 5 ans	5	2
5 à 10 ans	1	2
10 à 20 ans	3	3
20 à 40 ans	5	3
40 à 60 ans	11	7
60 à 80 ans	12	9
80 ans et au-dessus	2	4
Total	53	39

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	2	4
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	3	»	»	2	1	»	»	»	»	5	16	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	1	1	»	»	»	3	2	»	»	»	»	»	»	»	»	3	10	21
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	3	»	»	»	»	»	10	16	37
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	1	»	»	3	»	»	»	»	»	4	11	13
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	1	»	»	3	»	1	»	1	»	2	13	8
Esquermes 11,381 hab.	2	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	6	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	2	»	»	2	»	»	5	5
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	1	»	»	»	4	6	21
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	4	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	3
Total	4	»	»	»	2	1	»	1	8	11	10	»	»	17	3	»	»	3	»	33	92	137

N° 286. Sixième Année. N° 27. Le Numéro : **10** centimes. 6 Juillet 1902

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Mort subite étrange, mais expliquée

Fracture du crâne ; ramollissement ancien des deux lobes frontaux

par le docteur P. KÉRAVAL,
Directeur-médecin de l'asile d'Armentières.

Voici une histoire intéressante pour bien des motifs. D'abord l'état mental du malade, qui jouissait, dans l'asile, d'une grande liberté, et ne se plaignait guère, mais à la condition qu'on ne le priât pas trop de travailler. Son attitude était celle du *carottier* et du *fricoteur*, pour nous servir des termes employés dans les régiments. Il changeait fréquemment de besogne et se donnait plutôt l'importance de l'homme affairé qu'il n'en avait le mérite. Au fond il était paresseux : ce qu'il prenait surtout à cœur, c'était d'abandonner successivement et le plus tôt possible les occupations qu'on lui confiait. Assez indifférent du reste aux reproches qu'on lui adressait, il donnait pour prétexte la fatigue. Il prétendait encore que les aliments, quels qu'ils fussent, étaient, pour lui, dénués de parfum et de goût. Tel il avait toujours été, tel il était encore dans les derniers temps de sa vie. Il avait alors cessé tout travail parce qu'il portait un durillon douloureux au-dessous du gros orteil droit.

Son observation comporte les principales particularités suivantes :

C... H., né le 30 septembre 1840, exerçant la profession de journalier, entre à l'asile le 5 septembre 1892. Il serait atteint pour la seconde fois d'aliénation mentale ; la première fois sa mère l'aurait conservé et soigné ; elle a cependant dû se séparer de lui parce qu'il buvait constamment et avait menacé de la frapper. Il boirait depuis 1882.

Cette fois il a été arrêté sur la voie publique et conduit à l'hôpital. Tout à fait confus, à toutes les questions qu'on lui posait, il répondait : « qui ? je vais aller le trouver. » Il ne reconnaissait plus ses proches, ses enfants par exemple. Tout le monde a unanimement déclaré que c'est un buveur incorrigible, invétéré.

A son entrée à l'établissement on constate un tremblement très net, surtout dans les membres supérieurs une certaine incertitude dans la marche, des visions nocturnes d'animaux, qui parfois viennent courir sur son lit, des cauchemars. La sensibilité est altérée comme cela se voit en pareil cas. Il existe de l'athérome artériel.

C... répète continuellement les mêmes choses, parle sans cesse de son métier de gérant à l'abattoir, se dit très fort dans son métier, ainsi qu'on le sait par toute la ville de Lille. « Demandez après moi à n'importe qui, tout le monde me connaît, » ajoute-t-il. L'état physique est signalé comme satisfaisant.

Le certificat d'admission enregistre : de l'affaiblissement des facultés intellectuelles, et plus spécialement de la mémoire, des idées ancrées de suffisance et de contentement. A la quinzaine, le chef de service d'alors

se demande s'il ne s'agit pas là du début d'une paralysie générale. Les illusions et hallucinations ont disparu.

Pendant le dernier trimestre de la même année, le malade semble entrer en rémission ; en décembre, la note du registre qui le concerne formule : lucidité, grand calme.

L'année 1893 est caractérisée par la persistance de ce calme, mais aussi par un grand affaiblissement des facultés intellectuelles. De temps à autre, quelque excitation. Il a une poussée de stomatite passagère en novembre.

Le calme avec affaiblissement intellectuel constitue l'élément dominant du premier semestre de 1894. En août, il est atteint de douleurs musculaires et articulaires. En octobre il réclame sa sortie afin d'aller monter une boucherie à Lille et fonde sur ce projet de grandes espérances ; ses prétentions reparaissent. En novembre, nouvelle poussée de douleurs avec faiblesse des muscles.

En 1895 C... adresse de fréquentes réclamations, travaille mollement et de façon intermittente, tantôt au jardin, tantôt ailleurs, ou ne travaille pas du tout, flâne volontiers. Il accuse en septembre des sifflements dans l'oreille droite

C'est le 17 avril 1895 que je l'examinai pour la première fois. Je le tins pour un alcoolique chronique en état de déchéance intellectuelle, de démence. Il me raconta alors des histoires excessivement compliquées, absolument invraisemblables

En 1896, son attitude n'a pas varié, une gingivite tenace cède au grattage du tartre dentaire.

On ne gagnerait rien à raconter sa vie à l'établissement par le menu pendant le cours des années suivantes. Pendant tout ce temps son calme a persisté avec les remarques identiques relatives à son activité. Ajoutons cependant que de loin en loin il a présenté des attaques épileptoïdes passagères, si passagères qu'on n'en a noté ni la date, ni la description. Il en est de même pour l'anosmie que nous avons indiquée *suprà* et à laquelle on n'avait pas attaché une extrême importance parce qu'il était fort dément, grand fumeur, alcoolique de vieille date.

Telle était la situation quand tout à coup, le 5 juin 1901, à 3 heures 10 minutes du soir, tandis qu'il regardait en flâneur les opérations du brassage de la bière, il perd connaissance, tombe brutalement en arrière sur le sol. On vient à lui, on l'examine, il était mort. Il s'écoulait par l'oreille gauche du liquide sanguin, laissant supposer une fracture du rocher.

L'*autopsie* fut pratiquée 48 heures après la mort. En voici les résultats :

Le cuir chevelu est normal. — En pratiquant la section des fibres du muscles temporal *gauche*, on rencontre, sous ce muscle, une assez grande quantité de sang coagulé : les fibres profondes sont ecchymotiques. On les gratte à l'aide de la curette, et l'on met à nu, au niveau de l'insertion en raquette du muscle sur l'os, mi-partie au-dessus, mi-partie au-dessous, une fracture quasi-circulaire, du diamètre d'une pièce de dix centimes, avec enfoncement direct et à plat de toute l'épaisseur de la lame osseuse.

Cette *fracture* irradie du côté de la voûte du crâne sous la forme d'une fissure qui gagne la suture occipito-temporale du même côté : quelques esquilles occupent la zone de cette suture. Le trait de fracture est presque longitudinal et mesure en longueur 4 à 5 centimètres. Le cerveau enlevé, la méninge qui tapisse le crâne une fois raclée, on constate sur le rocher la présence d'une seconde fissure qui se dirige vers le trou déchiré postérieur, sans cependant l'atteindre : cette seconde fissure est longue de 2 centimètres à peu près.

Tandis qu'on enlevait la boîte crânienne, on a découvert une hémorrhagie de la dure-mère au niveau de la fracture, Cette membrane est épaissie, elle adhère aux autres méninges le long de la scissure interhémisphérique.

La pie-mère et l'arachnoïde, normales, s'enlèvent facilement, sauf au niveau du lobe frontal.

Le *cerveau* en effet est le siège d'un énorme foyer de *ramollissement ancien, symétrique*, qui porte sur l'*extrémité antérieure des deux lobes frontaux*. Il occupe les seconde et troisième frontales, et empiète un peu sur la première frontale et le *bulbe olfactif*. C'est un ramollissement jaune. En cette région, le tissu nerveux est déprimé, forme un creux, une excavation profonde, particulièrement accusée à la face antérieure et inférieure des hémisphères. Le dessin des circonvolutions est méconnaissable. La dégénérescence graisseuse est évidente. La décortication d'avec les méninges molles est impossible, tout à fait impossible. On n'y perçoit aucune trace de vaisseaux.

En dehors de ce foyer, qui n'atteint naturellement pas les pieds des secondes et troisièmes frontales, la substance grise des hémisphères est normale, si ce n'est peut-être un peu diminuée de volume.

Il existe quelques piquetés hémorrhagiques de date récente dans la substance blanche, surtout dans les lobes occipitaux.

Les artères cérébrales sont plaquées d'athérome.

En résumé, la mort a été déterminée par une fracture de la base du crâne. Celle-ci a été provoquée par la chute du malade, sous l'influence probable d'une crise épileptoïde.

Les lésions cérébrales montrent qu'il était travaillé par une désorganisation profonde.

Le siège bilatéral et symétrique du ramollissement ancien n'est pas banal. Baraduc a publié une observation analogue avec autopsie chez un homme de 73 ans, de *conduite bizarre* (2).

Tout récemment Zacher note chez un homme de 54 ans la suppression des deux moitiés antérieures des deux lobes frontaux par un foyer de ramollissement (1). Les phénomènes psychiques correspondants semblent

(1) NOTHNAGEL. Maladies de l'encéphale, traduction KERAVAL, p. 3[illegible]. Paris, in-8 1895.

(2) Ueber einen Fall von doppelseitigem, symmetrisch gelegenem, Erweichungsherd im Stirnhirn, und Neuritis optica. *Neurolog. Centralblatt* XX. 1901, no. 23, p. 1074.

avoir été : *a*, un trouble de l'attention entraînant de l'amnésie ; *b*, l'oubli de soi-même ; *c*, l'inémotivité ; *d*, l'insouciance. Tout ceci est à rapprocher de l'état mental de C..., car c'est de la démence.

Il y a néanmoins encore bien des progrès à effectuer avant qu'on ne soit en mesure d'analyser exactement la modalité des facultés intellectuelles qu'on serait en droit d'attribuer au lobe frontal en se fondant sur les foyers anciens localisés, pied de la seconde frontale, pied de la troisième frontale et frontale ascendante mis à part. En tout cas, l'absence complète de paralysies motrices, et de troubles de la parole, de symptômes de déficit somatiques, dans les lésions bien localisées de la partie antérieure des lobes frontaux est, semble-t-il, établie.

Il nous reste encore un point à traiter. On a relevé la destruction, au moins partielle, chez C... des deux bulbes olfactifs. Il assurait que les aliments n'avaient pas de parfum pour lui. Bien qu'on n'ait pas déterminé s'il s'agissait d'anosmie antérieure, d'anosmie postérieure, ou d'ageusie, ni à quels degrés, de quelles sortes, en quels endroits des muqueuses, l'altération des nerfs eux-mêmes indique les cavités nasales. Au surplus G..., en sa qualité d'alcoolique, avait peut-être également de l'ageusie.

Consultations Médico-Chirurgicales

Variole

INFORMATIONS CLINIQUES. — **I.** Un adulte, de huit ou quinze jours après avoir été exposé sciemment ou inconsciemment à la contagion, éprouve subitement sans prodromes un. frisson violent, unique, prolongé, se plaint d'une céphalée atroce et continue, a de 39°5 à 40° de fièvre et un pouls plein à 120 ; on le voit dyspnéique, vomissant, salivant copieusement, parfois délirant. Le lendemain, cet état fébrile, cette anxiété se doublent d'une rachialgie intense, parfois de névralgies, et d'un rash, sous forme de larges plaques rouge foncé siégeant aux plis inguinaux et aux creux axillaires (scarlatiniforme), de plaques rosées occupant les membres, le genou, le dos du poignet (morbilliforme), ou de taches purpuriques, ecchymotiques ; la constipation est opiniâtre pendant cet espace de temps. Le quatrième ou le cinquième jour, la fièvre tombe, entraînant la chute du pouls, et sur le front, dans les cheveux, puis le nez, les paupières, la bouche, le cou, le tronc, les membres supérieurs, naissent des macules, devenant papules le lendemain, vésicules avec une ombilication centrale le septième jour, pustules ensuite qui mettent le visage du malade en feu, lui donnent des traits méconnaissables, un aspect repoussant. Au huitième ou au neuvième jour la fièvre reparaît à 39°, accompagnée ou non de délire, en même temps que la suppuration envahit les pustules, dont la plupart au visage crèvent, dégageant une odeur fade et nauséabonde, et faisant du malade un objet de hideur et de dégoût. Trois jours après, la fièvre disparaît : la convalescence se prépare. Si rien ne l'entrave, si des abcès dermiques profonds ne surviennent pas, la dessiccation et la chute des croûtes purulentes qui n'ont pas suinté se fait sur tout le corps, même aux pieds, en une quinzaine de jours ; si les pustules ont été lacérées, la convalescence est plus longue, et des cicatrices indélébiles se formeront, qui auraient été de simples macules ou des cicatrices tôt effacées, si les pustules n'avaient pas suinté. Telle est la *variole cohérente*, celle dont au visage du moins l'auréole des vésico-pustules vient au contact, telle aussi la *variole discrète*, dont l'éruption est moins abondante, moins serrée.

Le pronostic de cette forme clinique est favorable ; les complications de la convalescence, la mort subite mises à part, le malade en réchappe toujours.

II. Un adulte, qui n'a jamais été vacciné, éprouve avec une intensité extrême le frisson, la rachialgie, la fièvre de l'invasion variolique, aggravés de délire, de dyspnée, de diarrhée, d'albuminurie, accompagnés d'un rash d'aspect vineux. En deux jours seulement le stade d'invasion est franchi ; et au troisième jour apparaissent les éléments éruptifs, très nombreux et très serrés, qui gonflent et tuméfient de façon énorme le visage, les paupières, les narines, produisant l'hyperesthésie du cuir chevelu, de l'enchifrènement, de la salivation, du larmoiement. Les vésicules qui succèdent sont si pressées que l'ombilication n'en est pas visible ; la fièvre ne tombe du reste pas. Quand survient la purulence, le masque phlycténoïde du malade se crève, du pus concret s'écoule odorant, tandis que l'éruption continue aux extrémités. C'est la *variole confluente*, plus sévère, souvent mortelle.

Avant la dessiccation, la mort peut survenir par complication broncho-pulmonaire ou par myocardite. Mais si le malade passe le onzième jour, les nappes purulentes se recouvrent de croûtes brunâtres, où se formeront des abcès superficiels; et vers le vingt-cinquième jour la peau se dépouille et apparaît tigrée; le nez surtout est maltraité.

III. Un alcoolique, un déprimé, un diabétique, un intoxiqué en un mot fait en trois jours sa période classique d'invasion de la variole avec un rash très marqué, presque généralisé et au milieu d'hémorrhagies diverses : épistaxis, hématuries, hématémèses, hémoptysies, melœna, ecchymoses sous-conjonctivales. L'état général devient rapidement grave : fièvre à 40°, pouls filiforme, dyspnée, douleur rétro-sternale, persistent sans subir de sédation, et sans que l'érup-

tion se fasse nettement. Au cinquième ou au sixième jour, le malade meurt dans le coma, les hémorrhagies n'ayant pas cessé. C'est la *variole hémorrhagique d'emblée*, qui ne pardonne jamais.

Un varioleux, chez qui l'intensité des phénomènes fait craindre la forme confluente, au moment de l'éruption et dès l'apparition des vésicules voit ces éléments prendre une teinte ecchymotique, surtout aux régions soumises aux pressions extérieures, aux ischions, aux lombes, à la face interne des genoux; de vastes phlyctènes sanguinolentes se produisent, qui agrandissent la surface épidermique atteinte. L'organisme lutte bien, comme dans la variole confluente, mais vers le dixième jour, avant la suppuration, il faiblit et la mort survient autant par l'infection que par les complications pulmonaires. C'est la *variole confluente hémorrhagique*, qui ne pardonne que rarement.

IV. Un adolescent, sans phénomènes généraux qui aient attiré son attention, voit quelques vésico-pustules, tôt séchées, du reste, envahir son front, son visage, éclore sur ses membres. En une huitaine, les croûtes sont tombées, et des macules seules rappellent durant quelques semaines qu'il a payé son tribut à l'épidémie. Cet adolescent a fait une *varioloïde*, prise parfois pour une varicelle.

Un autre adolescent a eu pendant huit jours les prodromes d'invasion de la variole, et malgré ces symptômes tapageurs, c'est à peine si une centaine d'éléments éruptifs surgissent, qui n'iront pas jusqu'à la suppuration, se dessécheront et desquameront très rapidement. Ce sera encore une *varioloïde*.

Très bénigne, la varioloïde est la forme légère de la variole; elle est fruste dans ses symptômes généraux et aux diverses phases de son évolution.

V. Une femme enceinte prend une variole cohérente : elle souffre énormément de rachialgie pendant l'invasion et, lorsque l'éruption se fait, dans un flot de sang elle avorte; quel que soit le mois de sa grossesse auquel elle se trouve. Immédiatement, son état s'aggrave; dès le lendemain, des ecchymoses, des suffusions sanguines se produisent sur la peau et les muqueuses, les pustules s'infiltrent de sang; puis, des complications pulmonaires surviennent, et la malade présente le tableau de la forme hémorrhagique secondaire. Elle succombe du reste presque toujours; le fœtus a été expulsé mort. C'est le résultat presque fatal de la *variole chez la femme enceinte*.

Quand la variole est originellement légère, l'avortement peut être évité, et lorsque l'avortement survient pendant la convalescence la mort de la mère est plus rare.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — Comme la variole est une maladie infectieuse, à évolution cyclique, dont le germe nous est encore inconnu, il ne peut actuellement être question d'enrayer sa marche à aucun moment de son évolution; aussi faut-il se contenter de surveiller ses manifestations, de diriger vers la guérison les réactions de l'organisme vis-à-vis de l'infection.

Comme, d'autre part, la variole présente presque exclusivement des déterminations cutanées, il convient d'éviter pendant toute sa durée, l'emploi de tout trauma, de toute irritation de la peau, qui localiseraient l'éruption, la rendraient plus abondante, provoqueraient des infections secondaires.

Il n'y a donc, comme indication, qu'à combattre les symptômes : avant qu'ils ne se présentent objectivement, toutes précautions sont légitimes; une fois patents, c'est leur intensité ou leur localisation directement ou médiatement menaçantes pour tel organe ou pour telle fonction qui appellera l'intervention. C'est ainsi qu'on surveillera les yeux, les orifices naturels, que le cœur sera soutenu, etc.

Le traitement du varioleux se double de mesures préventives destinées à empêcher la diffusion de la maladie, et éteindre sur place l'épidémie dont le cas observé pourrait être le point de départ, destinées du même coup à préserver les voisins, les parents, les indifférents, et en première ligne ceux qui donnent les soins au malade.

TRAITEMENT. — A l'heure actuelle, **il n'y a point de traitement abortif de la variole**, et il est sage de ne tenter l'application d'aucun de ceux qui se réclament d'une action de ce genre : vaccination in extremis, etc. Il faut abandonner cette illusion. Mais l'hygiène du varioleux, le traitement médicamenteux et la prophylaxie de la variole sont au contraire très importants.

HYGIÈNE DU VARIOLEUX. — Quelle que soit la forme clinique, discrète, cohérente, confluente, hémorrhagique, bénigne, dès le premier jour, lors du frisson, de la rachialgie, si l'on est en période d'épidémie, dès qu'on aura pensé à la variole, quelques précautions sont à prendre qu'on continuera tout le temps que durera la maladie. Le patient sera mis au lit dans une chambre claire, aérée, et dont la température ne dépassera pas 18°. Les couvertures, si en honneur pour faciliter l'éruption et faire abondamment transpirer et dont on accable le malade, lui seront épargnées. Par contre, le patient aura du linge de corps usagé, des draps usés seront mis au lit, et les plis en seront effacés pour que ces microtraumas ne soient pas un appel pour l'éruption.

D'autre part, on recommandera l'alimentation liquide, consistant en lait, bouillon et limonade vineuse.

Bien que la méthode de traitement recommandée par Finsen n'ait pas fait complètement ses preuves, afin de préparer une éruption peu marquée et une suppuration moindre, on fera le possible pour plonger le malade dans la **lumière rouge** : des rideaux de cretonne rouge, par exemple, seront mis aux fenêtres, qui tamiseront en rouge la lumière de la chambre.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX. — La médication

est variable suivant la forme clinique revêtue et la période de la maladie où l'on intervient.

Variole discrète. — Variole cohérente

Durant la période d'invasion. — Pendant les quatre jours que dure l'invasion, on ignore ce que sera l'éruption, de bruyants symptômes d'invasion pouvant n'aboutir qu'à une simple varioloïde. Cependant, pour éviter la forme clinique dite discrète maligne, constituée par une éruption sortant péniblement au milieu de phénomènes nerveux intenses, on devra dès le diagnostic porté employer l'**acétate d'ammoniaque**, qui en raison de son action vasomotrice cutanée passe pour favoriser l'éruption. La potion suivante, par exemple, sera prise en deux jours.

Acétate d'ammoniaque	15 gramm.
Eau de menthe Eau de fleurs d'oranger Eau de mélisse	} āā 30 gramm.
Sirop d'éther Sirop de capillaire	} āā 20 gramm.

Fièvre. — Contre la fièvre, qui est toujours intense, il faut prescrire **l'aspirine, l'antipyrine**, qui entraînent de la sudation ; mais on se gardera de la quinine, de l'acide phénique qui sont de dangereux ou d'infidèles antipyrétiques : au besoin, on pourra avoir recours à des **bains tièdes ;** les bains froids doivent être rejetés, comme susceptibles de contrarier l'éruption dans certains cas, de traumatiser la peau dans d'autres.

Rachialgie. — Contre le symptôme si pénible, la rachialgie, on prescrira un simple enveloppement ouaté ; les frictions sur la région avec un liniment, même anodin, irriteraient la peau.

Constipation et vomissements. — La constipation habituelle de cette période appelle un **purgatif salin ;** par exemple trente grammes de sulfate de soude, ou un verre d'eau d'Apenta, de Villacabras ou une limonade Rogé. Les vomissements, fréquents aussi, qui interdisent l'alimentation, seront calmés par la potion de Rivière.

Par les moyens thérapeutiques employés, on vise le résultat d'éloigner les germes cutanés et intestinaux, susceptibles de jouer un rôle dans la phase d'éruption ; on fait de l'antisepsie externe et interne préparatoire.

Durant la période d'éruption. — Pendant les quatre jours que dure la cuisson du visage, les douleurs causées par la congestion et la distension de la peau sont excessivement pénibles ; la fièvre est tombée, mais les métrorrhagies chez la femme sont à craindre ; l'angine est d'autre part bien pénible pour le malade.

Métrorrhagies. — Quelques lavages vaginaux antiseptiques ou à l'eau bouillie chaude seront à opposer à ces métrorrhagies parfois très abondantes.

Angine. — Contre l'angine, érythémateuse d'abord, vésiculeuse ensuite, le gargarisme suivant est agréable et calmant.

Alcool à 86°	150 grammes
Salol	5 centigr.
Thymol	75 id.
Essence de vanille Essence de menthe	} āā XX gouttes

une cuillerée à café par verre d'eau.

L'eau de Vichy ou une solution saturée de **chlorate de potasse** sont également efficaces.

Processus cutané. — Comme on ne sera pas sollicité par la fièvre, tout l'effort thérapeutique portera donc sur le processus cutané qui, aboutissant à la suppuration des pustules varioliques, amène après guérison des cicatrices indélébiles sur le visage, mais est cause aussi au niveau de certains orifices de rétrécissements gênants ou disgracieux.

Les agents de la suppuration étant supposés venir de l'extérieur, des masques abortifs seraient indiqués si, enfermant le loup dans la bergerie, ils n'étaient pas plus nuisibles qu'utiles (Sydenham). Leur efficacité est du reste douteuse, la suppuration pouvant manquer spontanément.

Si l'on croit y avoir recours, on oindra le visage dès l'éruption maculeuse à l'onguent gris mélangé à parties égales d'amidon, on appliquera par plaques du collodion au sublimé, on pulvérisera une solution éthérée de salol à 1 pour cinq, de sublimé à 1 pour 50 suivant la formule de Talamon.

Alcool à 90°	5 c. cube
Ether	45 c. cube
Sublimé Acide citrique	} āā 1 gramme

trois ou quatre fois par jour, pendant une minute chaque fois, sur le visage, en protégeant les orifices naturels qui souffriraient vivement de l'action caustique du sublimé. Bien que l'effet de ces pulvérisations ait été très vanté, je conseille de s'en abstenir ; je n'ai jamais observé qu'elles soient réellement efficaces contre la suppuration.

Les glycérolés, les pommades à un pour trente de vaseline, au borax, à l'acide borique, au salol, à l'iodoforme, à l'acide salicylique ne sont pas davantage recommandables ; en règle pratique habituelle, **évitez les corps gras.**

Par contre, ce qui est moins prétentieux et soulage davantage les cuissons intenses, sans préjuger la suppuration, c'est de saupoudrer le visage d'**amidon,** de le pulvériser d'**éther**. Donnez des **bains tièdes locaux**, contre les douleurs des mains et des pieds, dues à la tuméfaction. Et, dans l'intervalle des bains, **attachez les mains** chez l'enfant, aux montants du lit, enveloppez-les d'ouate, afin d'éviter les frottements irritants et aussi pour que le malade ne se déchire point le visage et les mains en se grattant.

Quelques pustules se trouvent-elles placées en des régions dangereuses, comme sur la cornée, les paupières, les lèvres, ouvrez-les sans retard et cautérisez-les au nitrate d'argent, de manière à éviter les leucomes, les atrésies, etc.

Pendant la période de suppuration. — Avec la sup-

puration reparaît la fièvre ; avec la suppuration risquent de survenir tous les accidents consécutifs à la présence du pus dans l'économie : infection purulente, abcès superficiels ou profonds.

Fièvre. — Contre la fièvre, on emploiera l'**aspirine** à la dose de 2 à 4 grammes en quatre prises, de préférence à tout autre antithermique. Les **bains**, en humectant la peau et en permettant son extension plus facile, soulageront aussi les malades et calmeront leur fièvre. Simples ou additionnés, à raison de 50 ou 100 grammes pour un bain de 300 litres, de vinaigre de Pennés, dont voici une formule :

Acide salicylique........	30	grammes
Acétate d'alumine	30	id.
Alcoolat concentré d'eucalyptus.	100	id.
Alcoolat concentré de verveine..	100	id.
Alcoolat concentré de lavande...	100	id.
Alcoolat concentré de benjoin....	100	id.
Acide acétique....................	100	id.

Ces bains auront en outre pour effet de hâter la sortie du pus de chaque vésicule et d'en combattre l'odeur infecte.

On contribuera à diminuer les chances d'infection purulente localisée en donnant à ce moment un nouveau **purgatif** au malade.

Pendant la convalescence. — A dater du douzième jour, jusqu'au vingt-cinquième en moyenne, parfois jusqu'au cinquantième, la desquamation se fait. S'il est nécessaire de favoriser la chute des squames, véhicules des germes et fauteurs des abcès dermiques, il n'est pas moins urgent de reconstituer l'organisme appauvri par la suppuration et le renouvellement du revêtement cutané.

Chute des croûtes. — Des **bains savonneux** ou alcalins, des **pédiluves**, seront donnés quotidiennement pour ramollir l'épiderme ; on obtiendra du patient qu'il n'arrache pas trop tôt les croûtes. Le nettoyage du cuir chevelu appellera surtout l'attention ; c'est là que les squames persistent le plus longtemps. **Il ne faut pas donner la libre pratique, en particulier aux femmes, tant qu'il reste une pellicule sur leur tête.** Des onctions à la vaseline hâtent du reste la disparition des squames épidermiques du cuir chevelu.

Reconstitution. — Quant au traitement reconstituant, le fer et l'arsenic y auront la meilleure part. Mais l'alimentation, à cette période, doit être réparatrice et d'autre part la lécithine ou les glycérophosphates à titre d'excitants du système nerveux ne seront pas oubliés.

La peau des convalescents de variole est fort sensible au froid. Aussi les habillera-t-on de flanelle et la température de la chambre sera de 16 à 18 degrés. On évitera ainsi les complications pulmonaires de la convalescence.

Abcès. — C'est généralement à ce stade que naîtront les abcès dermiques ; ils doivent être cherchés ; ils siègent surtout dans les plis cutanés, à la marge de l'anus, etc. Leur **incision** en sera effectuée hâtivement.

Toute squame disparue, à la paume des mains et à la plante des pieds, le malade sera alors seulement autorisé à reprendre sa vie habituelle. A cause de leur chevelure qui se nettoie lentement et difficilement, les femmes auront une période d'attente plus prolongée.

Variole confluente

L'intensité des phénomènes lors de l'invasion, leur survenue rapide, leur évolution précipitée doit faire soupçonner la forme confluente.

On prendra dès l'abord vis-à-vis du patient, les précautions signalées ci-dessus.

Période d'invasion. — Puis, dès ce moment, comme dans les pyrexies où le système nerveux est atteint les bains sont indiqués, on donnera des **bains tièdes** de 32-34°, à moins que les bains froids ne soient commandés par la violence du délire.

Période d'éruption. — Par suite du gonflement de la peau et des muqueuses au visage, les orifices respiratoires sont rétrécis : la respiration est difficile, le patient ne peut ouvrir les yeux. Des sécrétions sanieuses obstruent le nez et la bouche. Déterger et faire un peu d'antisepsie des cavités devient chose urgente.

Dans chaque narine, on fera pénétrer quatre fois par jour de la **vaseline mentholée** au centième, le malade se gargarisera avec une des solutions précédemment indiquées ou de la liqueur de Labarraque à 2 pour cent ; on complètera en enlevant les sécrétions muqueuses avec des tampons de ouate.

Pour préserver les yeux, on pratiquera des lavages ou des **instillations boriquées** ; aux angles des paupières, on mettra de temps en temps une petite quantité de vaseline iodoformée à 1 pour trente si quelque pustule est maladroitement placée sur la conjonctive ou au voisinage de la cornée.

Complications. — Les complications pulmonaires ou cardiaques exigent une surveillance absolue du malade. Comme on s'est amené à se servir de **caféine** ou de **spartéine**, il ne faut pas oublier que la voie hypodermique ne doit pas être employée, crainte d'abcès ultérieurs ; la voie stomacale est seule permise.

Période de suppuration. — Les bains de Pennès seront donnés fréquemment pour désinfecter les clapiers purulents sous-dermiques et désodoriser les nappes de pus.

Période de convalescence. — Tout abcès sera ouvert de bonne heure et l'alimentation sera aussi abondante, aussi choisie, aussi reconstituante que possible.

Variole hémorrhagique

Dans la forme hémorrhagique, l'éruption devient négligeable. C'est l'hémorrhagie en elle-même et dans ses conséquences qu'il faut avoir en vue. La partie est généralement

perdue du reste avant que d'être engagée. Il n'en faut pas moins lutter, et il faut lutter comme quand il s'agit d'une infection hémorrhagipare.

Hémorrhagies. — Il y a souvent lieu d'administrer l'**ergotine** à la dose de 1 à 3 grammes, sous la forme suivante de préférence :

Ergotine	5 grammes
Tanin	2 grammes
Sirop de consoude	210 grammes

une cuillerée à bouche toutes les trois heures.

ou l'ergotinine, solution de Tanret, en injections hypodermiques par deux ou trois miligrammes par jour. Le **perchlorure de fer** pourra remplacer l'ergotine ; la potion suivante est de mise :

Perchlorure de fer	4	grammes
Eau de Rabel	4	id.
Sirop de fleur d'orange	30	id.
Eau	90	id.

La suivante au chlorure de calcium n'est pas moins précieuse à connaître :

Chlorure de calcium	4-6	grammes
Sirop écorces oranges amères	40	id.
Eau-de-vie vieille	30	id.
Iture canelle	5	id.
Eau distillée	50	id.

Au cas où le lavement serait nécessaire pour arrêter une hémorrhagie, on se souviendrait du suivant :

Extrait de ratanhia	6	grammes
Eau salée bouillie	1.500	id.

deux fois par jour.

Localement, on pourra faire des applications de **glace ;** en cas d'épistaxis, on songerait à pratiquer le tamponnement des fosses nasales, ou des badigeons d'**eau oxygénée pure**.

Dyspnée. — La dyspnée intense, l'asphyxie, qui résultent de l'infection, trouvent dans les **inhalations d'oxygène,** dans des lavements d'oxygène un moyen efficace de les combattre, de les amender. Dans ce but seront aussi prescrits les excitants respiratoires même, tels que l'**acétate d'ammoniaque,** le sirop d'éther, à la dose de 150 gr., la **teinture de musc**, la potion de Todd ; le thé, ou la potion musquée camphrée suivante :

Musc	50	
Camphre	1	gramme
Gomme arabique	3	id
Eau distillée de menthe	100	id.
Sirop de gingembre	25	id

L'ergotine, le perchlorure de calcium seront suffisants le plus habituellement pour dans la forme confluente hémorrhagique combattre ce symptôme aggravant. Mais pour peu que la dyspnée intervienne, les mêmes moyens seront employés, oxygène, stimulants de tous ordres.

Varioloïde ou variole fruste

La grande variabilité d'expression clinique de cette forme de la variole rend le traitement variable.

Si la période d'invasion traîne, et on l'a vu durer huit jours, l'éruption sera sollicitée par des bains, les ammoniacaux.

L'éruption étant généralement discrète, c'est comme une variole discrète qu'il faudra la traiter dès qu'elle s'annonce fruste.

Et si la suppuration dure quelques heures seulement, chose fréquente, il faudra s'en féliciter, et ne rien tenter pour la provoquer.

Les bourgeons charnus sous-jacents aux squames sont quelquefois fort exubérants : touchez alors au crayon, au nitrate.

Mais règle générale, **soyez sobre d'intervention** dans ces cas bénins, surveillez surtout.

Variole chez la femme enceinte

Les craintes d'avortement chez la femme enceinte qui fait une variole cohérente commandent quelques mesures particulières : La mort du fœtus, la transformation hémorrhagique des pustules et l'issue fatale qui en est la suite quasi-fatale exigent que si l'on ne peut prévenir l'avortement, tout au moins on s'efforce de réduire cet avortement chez une infectée à un avortement non compliqué d'infection.

Les **lavages vaginaux**, recommandés dans le cas de métrorrhagie, seront donnés dès le début de la variole, à l'eau bouillie simple, au sublimé, sans percussion. Si l'on croit pouvoir éviter l'avortement, on aura recours au laudanum. Si l'avortement est inévitable, et qu'on soit certain de l'antisepsie, on le facilitera avec le ballon de Champetier, sinon on le laissera se faire seul, en exagérant, une fois la sortie du fœtus terminée, les lavages et injections intrautérines habituels au permanganate et au sublimé.

PROPHYLAXIE. — La prophylaxie est individuelle et générale.

Le moyen prophylactique certain de la variole est la vaccination par le cow-pox. La variolisation, peu usitée, est à rejeter ; et l'Académie de médecine aspire à sa suppression universelle.

Vaccination. — On se servira, autant que faire se pourra, d'un vaccin pas trop récemment préparé, mais ayant moins de six mois de date et provenant d'un Institut vaccinogène où sont réalisées, de façon notoire, toutes les garanties de pureté exigibles. On inoculera ce vaccin au bras ou à la cuisse par scarifications faites après lavage. de la région, avec un vaccinostyle flambé et spécial à chaque vacciné. Les scarifications ne devront point saigner ; cinq minutes au moins devront s'écouler avant que ne soit recouverte la région inoculée. On se souviendra que **chez les enfants, l'inoculation doit être faite le plus loin possible des plis cutanés**, pour éviter toute souillure.

Si, au bout de quelques jours, il se produit des déman-

geaisons, avec érythème léger, il s'agit de fausse vaccine. La vaccine vraie naît au sixième jour sous forme d'une vésicule, qui devient pustule aux septième ou huitième jour. Un tantinet de fièvre apparaît alors, parfois accompagnée d'adénite axillaire. Le dixième jour, la pustule crève, et à sa place se forme une croûte qui tombe au vingtième jour laissant une cicatrice indélébile.

Dès que la croûte est produite, dès le dixième ou le douzième jour, l'immunité est complète. Avant cette date, la réceptivité par la variole persiste. L'immunité contre la variole dure généralement de cinq à six ans, souvent même une quinzaine d'années. Pendant toute la croissance de l'individu, la durée de cette immunité est plus courte qu'aux autres périodes de la vie, en raison de la rénovation des tissus.

La grossesse n'est jamais une contre-indication à la vaccination; toutefois, dans le dernier mois de la grossesse, il vaut mieux s'en abstenir. L'enfant peut naître vacciné.

En temps d'épidémie, on doit vacciner sans retard les nouveau-nés, de même les vieillards, même s'ils ont eu la variole dans leur jeunesse; car celle-ci peut indéniablement récidiver. Les saisons n'exercent d'ailleurs aucune influence sur les résultats de la vaccination. **Tous les reproches qu'on peut faire à la vaccine sont mal fondés.**

Prophylaxie générale. — En temps d'épidémie, mieux dès le premier cas de variole, le médecin a le devoir de se revacciner et, dans la mesure de ses moyens, de revacciner autour de lui.

Appelé auprès de varioleux, il recommandera l'isolement du malade et, dans une mesure compatible avec le milieu où il se trouve, isolera les personnes qui le soignent; la variole est contagieuse à toutes les phases de son évolution, mais surtout par des squames; la durée de cet isolement variera avec la rapidité de la desquamation.

Professeur F. COMBEMALE.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

L'Assemblée Générale annuelle de l'Association de Prévoyance et de Secours Mutuels des Médecins du département du Nord s'est tenue à Cassel le dimanche 22 juin, sous la présidence du docteur OLIVIER, président.

S'étaient fait excuser : MM. COMBEMALE, doyen de la Faculté de médecine de Lille : COUVREUR, père et fils (de Seclin) ; CHARMEIL (de Lille) ; DRANSART (de Dorignies) ; DERODE (de Lille), DE GANDT (de Roubaix) ; FOLET (de Lille) ; FICHAUX (de Tourcoing) ; GIRARD (d'Avesnes) ; HUART (de Trélon) ; LARTISIEN (de Denain) ; MANDRON (de Bavay) ; ROSSIGNEUX (du Cateau) ; TREMBLIN (de Bermerain) et VINCENT (d'Armentières).

Etaient présents : MM. OLIVIER (Lille) ; BUISSON (Auberchicourt ; DECOOL (Hazebrouck) ; CANONNE (d'Anzin) ; LOOTEN, SURMONT, NOQUET, OUI, AUSSET, RICHARD-LESAY, BÉDARD, BÉCOUR, PAINBLAN, PATOIR, DELÉARDE (de Lille) ; REUMAUX (de Dunkerque) ; BURY (Loon-Plage) ; SOCKEEL (Douai) ; SMAGGHE (Hazebrouck) ; BOURLON (Valenciennes) ; HEEM (Cassel) ; LONGUEVAL, (Watten), LENGRAND (Vertain) ; GUGELOT (Waziers) ; CHOCQUET (Armentières) ; WILLOT (Valenciennes) ; DERVILLE (Roubaix) ; DEPOUTRE (Cambrai) ; CAFFEAU fils (Aniche) ; VANDAME (Aniche) : ISAÏE REUMAUX (Steeple) ; SANSEN (Hondschoote) ; PRUVOST (Bourbourg) ; HERBART (Dunkerque) ; COPIN (Lourches).

*** La séance s'est ouverte par un vote sur l'admission de nouveaux confrères candidats. Ont été élus à l'unanimité : MM. DRUCBERT (Lille) ; VERHAEGHE (Lille) ; BRETON et BERTIN (de Lille) ; NUYTS (Roubaix) ; DESFOSSÉS (Tourcoing) ; BOUCHEZ (de Busigny) ; DUMOULIN Paul (Douai) ; VANECLOO (Petite-Synthe) ; DELGRANGE (Lederzeele) ; POUPAERT et PAUBLAN (Hazebrouck) ; BOURLON, DE LAUWEREYNS DE ROSENDAEL et SAUTIEUX (Valenciennes) ; HABAR (Anzin).

Mmes OLIVIER, BÉCOUR, LOOTEN, OUI et SURMONT sont inscrites également comme membres de l'Association.

Le président OLIVIER a ensuite donné lecture de son discours dans lequel il a passé en revue les deuils de l'année ainsi que les distinctions dont ont été honorés certains membres de l'Association.

Le Dr SURMONT, secrétaire général, a fait le compte-rendu des travaux de l'année, que nous sommes heureux de reproduire ci-après :

Messieurs et chers Collègues,

Je diviserai en deux parties l'histoire de l'Association depuis l'assemblée générale de l'an dernier, en vous disant d'abord ce qui s'est passé à la Société Centrale, puis, nos faits et gestes locaux.

I

Un événement important a été l'élection d'un nouveau Président, à la place du professeur LANNELONGUE, qui, depuis dix ans, prodiguait à l'Association ses efforts, son temps et ses largesses et qui a été nommé Président honoraire. Le professeur BROUARDEL, qui fait partie de l'Association depuis 1865 et du Conseil général depuis 1870 et qui, aux titres scientifiques et professionnels que tout le monde connaît, joint ceux de Président de l'Association des Médecins de la Seine et de Président d'honneur de l'Union des Syndicats, a bien voulu accepter la candidature. La façon dont M. BROUARDEL a toujours mis à la disposition du corps médical son intelligence et son cœur n'est ignorée de personne; aussi sa candidature a-t elle été accueillie avec la plus grande faveur. 83 Sociétés ont pris pris part au vote et, sur leurs 7.694 membres, 3.294 ont pris part au scrutin. 3.144 voix, soit 96 pour 100 des suffrages exprimés, se sont portés sur M. BROUARDEL. C'est la presque unanimité... Dans notre Association locale, sur 356 membres, 134 ont pris part au vote, 132 voix se sont portées sur M. BROUARDEL, une sur le professeur Charles RICHET. Il y a eu un bulletin nul. Les résultats de cette élection ont été proclamés à l'Assemblée générale annuelle

du 16 avril 1902, au milieu des applaudissements unanimes.

M. le docteur BUCQUOY, président de la Société Centrale, M. le docteur LANDE, président de la Société de la Gironde et de l'Union des Syndicats, qui ont l'un et l'autre donné depuis longtemps des preuves multiples de leur dévouement aux œuvres médicales et professionnelles, ont été élus vice-présidents de l'Association générale, à la place de M. Léon COLIN, qui a décliné l'honneur d'une réélection, et de M. le Dr HAMEAU, d'Arcachon, décédé.

Enfin, MM. Paul BERGER, professeur à la Faculté de médecine; RICHELOT, professeur agrégé; BLANQUINGUE, président de la Société de Laon; RIST, président de la Société de Seine-et-Oise; GASSOT, président du Comité de direction du concours médical; LEPAGE, professeur agrégé, ont été élus membres du conseil général pour la première fois.

MM. CHAUFFARD, DIEU, PÉRIER et notre vénéré président, M. R. OLIVIER, ont été réélus aux mêmes fonctions.

M. LAUGIER a été élu secrétaire.

La situation financière de notre Association est toujours aussi brillante. Le dernier exercice s'est soldé par une augmentation de notre avoir social de 77.869 fr. 18 c.. qui ont été répartis entre les trois caisses de la façon suivante :

Fonds généraux.	17,256 37
Pensions, allocations . . .	43,408 33
Veuves et orphelins. . . .	17,204 48

L'avoir total de l'Association des médecins de France s'élève aujourd'hui à 2.473.300 fr. 49 c. plus 7.210 fr. 60 c. de rente, *non compris l'avoir des Sociétés unies*.

La fortune de l'Association se répartit entre ses trois caisses de la façon suivante : *Caisse des fonds généraux*, 123.233 fr. 72 c., plus 150 fr. de rente ; 2° *Caisse des pensions et allocations* : 2.104.787 fr. 66 c. dont 1.404.980 fr. 59 à la caisse des dépôts et consignations et 656.487 fr. à la Caisse Nationale des retraites pour la vieillesse. Le reste, 43.320 fr. 07 en caisse des trésoriers ; 3° *La caisse des Veuves et Orphelins* possède un capital de 245.279 fr. 11 c. plus 215 francs de rente.

Le bien que l'Association fait avec cette fortune est considérable et je suis toujours étonné d'entendre des confrères qui font partie de notre Société être si mal renseignés à ce point de vue. Depuis dix ans, l'Association a distribué chaque année 120,000 francs en secours (1) et nous avons à l'heure actuelle 86 confrères pensionnés par l'Association, 1 pensionné à 300 francs (2), 83 à 800 francs et 2 à 1000 francs. Cette année l'Association a reçu seize demandes de pension de seize sociétaires dont huit docteurs et huit officiers de santé. Toutes ont été accueillies favorablement.

La *situation morale* de notre société vous a été exposée dans une circulaire de notre éminent secrétaire-général, M. LEREBOULLET, que je vous ai fait parvenir en son temps et qui est datée du 15 décembre 1901.

Notre Association garantit le *droit absolu* à une indemnité en cas de maladie ou à une pension de retraite à ceux de nos collègues qui le désirent, c'est-à-dire qui veulent s'inscrire aux deux caisses annexes dont mon dévoué prédécesseur vous a exposé le fonctionnement dans son rapport de l'an dernier... Une partie des ressources de l'Association sera chaque année consacrée à payer les cotisations à ces œuvres de ceux de nos sociétaires qui seraient momentanément hors d'état de le faire et à sauvegarder ainsi leurs droits en leur gardant la sécurité de l'avenir, dans les moments où des malheurs imprévus les mettent dans l'impossibilité de continuer leurs versements statutaires. L'Association a versé cette année à la Caisse des retraites, dans ces conditions, une somme de 708 francs.

En dehors du droit à l'indemnité en cas de maladie et à la retraite garantie, les sociétaires prévoyants gardent bien entendu tous les privilèges d'assistance attachés à leur titre et en particulier, il est entendu qu'ils pourront en même temps recevoir d'une façon cumulative les pensions viagères d'assistance ou les allocations annuelles que l'Assemblée générale de l'Association verse chaque année à ceux de ses membres que le malheur oblige à recourir à l'Assistance confraternelle. Ainsi, par exemple, la pension de 1.200 francs servie par la *Caisse des pensions de retraite du Corps médical français* pourra être cumulée avec les allocations annuelles de 800 francs servies pas l'Association, allocations que l'on espère porter prochainement à 1000 fr. L'Association poursuit donc à l'heure actuelle un double but : favoriser les œuvres de prévoyance en aidant au recrutement et au fonctionnement des caisses annexes, continuer son œuvre de Société de Secours Mutuels approuvée, en donnant aide et assistance à tous ses sociétaires, comme elle l'a fait jusqu'à présent par les pensions de retraite, par les secours passagers, enfin par les subventions accordées aux veuves et orphelins, ce qui n'est pas la forme la moins utile de notre assistance médicale.

Je ne cite que pour mémoire l'appui moral et effectif que l'Association et ses conseils judiciaires sont toujours prêts à apporter à tous ceux de nos collègues qui ont recours à elle.

La suppression de la limite d'âge de quarante ans comme date d'entrée dans l'Association, rendue nécessaire par l'affiliation des nouvelles Caisses de prévoyance citées plus haut, a été votée par l'Assemblée générale tenue à Paris, le 10 novembre 1901, confirmant votre vote du 13 octobre 1901.

M. le Vice-Président NOQUET vous parlera tout-à-l'heure de l'admission des femmes dans l'Association, réglée définitivement aujourd'hui, mais qui soulève un certain nombre de questions annexes intéressantes.

L'Assemblée générale, sur la proposition de M. LEREBOULLET, a adopté le projet de remplacer, à partir de 1903, l'annuaire de l'Association par un bulletin qui paraîtra plusieurs fois chaque année et, sans augmenter sensiblement nos frais d'administration, sera exclusivement consacré à faire connaître à tous les médecins français, les statuts, les actes et les bienfaits de l'Association tout entière.

Ce bulletin comprendra donc tous les documents que renferme l'Annuaire, tous les actes des Sociétés unies, tous les procès-verbaux des séances du Conseil général, l'état financier des Caisses d'assistance et des Caisses de prévoyance annexées à l'Association, la liste de leurs membres, etc. etc...

Il sera une tribune largement ouverte à tous ceux qui auront quelqu'idée à émettre, quelque proposition d'intérêt général à défendre. Il ne supprimera pas, pour toutes les Sociétés unies, le bulletin local que plusieurs d'entre elles voudront sans doute continuer, parce qu'il entretient entre les sociétaires une communion d'idées et d'intérêts très utile à la prospérité de l'œuvre. Mais il allégera singulièrement les charges imposées par ces publications, puisque tous les documents d'intérêt général et tous les actes officiels seront insérés dans *Bulletin de l'Association générale des Médecins de France*.

C'est là une réforme qui paraît désirable à tous les points de vue et qui ne peut qu'aider au recrutement de nouveaux adhérents et à la diffusion de nos idées.

L'assemblée générale a également voté un règlement de ses séances, assurant la présence, à ses séances, des seuls délégués ayant le droit d'y participer et réglant les détails

(1) Chiffre donné par R. LEREBOULLET dans sa circulaire du 15 déc. 1901.

(2) Le pensionnaire à 300 francs étant arrivé d'autre part au maximum du taux des pensions de la Caisse des retraites pour la vieillesse, l'Association n'a pas à s'en occuper.

du mode de votation, de façon à assurer la régularité et la sincérité des scrutins. La nécessité de ce règlement s'imposait depuis longtemps et sa création se relie directement aux incidents qui ont amené la démission de notre ancien président, le professeur LANNELONGUE.

Des propositions et des vœux soumis par les Sociétés unies à la prise en considération de l'assemblée générale, s'exhalent comme en une sorte de synthèse, les préoccupations générales du corps médical, à l'heure actuelle. Je n'en retiendrai que les suivantes qui me paraissent intéressantes pour nous La Société de la Mayenne souhaite « que la fusion s'établisse entre l'Association générale et l'union des Syndicats, la première s'occupant des œuvres de prévoyance et de bienfaisance, la seconde s'occupant des œuvres de défense professionnelle, appuyée par la haute influence morale et financière, au besoin, de l'Association générale.

Ainsi que l'a dit M. A. J. MARTIN, dans son rapport, si une fusion dans le sens littéral et juridique du mot ne paraît pas à souhaiter, ce qui importe, c'est que, ni l'une ni l'autre de ces sociétés ne paraissent s'ignorer, qu'au besoin leurs efforts puissent s'inspirer des discussions et des sentiments réciproques et qu'elles soient à même de se convoquer toutes les fois qu'il est nécessaire de le faire.

La société de Toulouse émet le vœu que le Conseil général de l'Association Générale des Médecins de France veuille bien étudier les moyens de combattre ou de prévenir l'encombrement de la profession médicale et donne son avis autorisé sur le projet de modifications à la loi militaire déposé dans ce but à la Chambre des députés.

Il est en réalité, dans le vœu, question de deux choses distinctes, l'encombrement médical d'une part et, d'autre part la suppression des dispenses pour les étudiants en médecine, comme pour tous les autres, en vue d'établir le service de deux ans. Certes ce sont là des questions vitales pour le corps médical et nous les soumettons aux réflexions et à la judicieuse critique de nos confrères.

II

L'exposé de notre histoire locale sera rapide.

Aux élections statutaires, notre commission administrative a subi quelques modifications.

Comme il était équitable, notre vénéré Président est resté à notre tête, continuant à apporter à notre Association le secours de son expérience, son dévouement de tous les instants et l'appui de son autorité au Conseil général de l'œuvre.

Le Professeur DUBAR a désiré, à cause de ses occupations multiples et malgré son vif attachement à notre œuvre, ne pas garder plus longtemps les fonctions de Vice-Président dont il s'acquittait avec zèle depuis dix ans. Il a été impossible de le faire revenir sur sa décision. Qu'il reçoive du moins, avec l'expression de nos regrets, nos remerciements pour le zèle dont il a toujours témoigné vis-à-vis de l'Association et le bien qu'il a contribué à faire.

Le nom du docteur NOQUET est tellement inséparable de celui de l'Association à laquelle il prodigue depuis si longtemps son temps et son dévouement que nous avons trouvé naturel et juste de le porter à la Vice-Présidence. Comme au Secrétariat général, le Dr NOQUET continuera de travailler au plus grand bien de notre Association et nous aurons encore le bénéfice de son expérience et de son concours dévoué de tous les instants.

Notre sympathique trésorier, le Dr LOOTEN, qui gère nos finances avec tant d'habileté, a désiré un aide. Le Dr DERODE a bien voulu accepter ces fonctions. Qu'ils reçoivent, l'un et l'autre, l'expression de nos remerciements.

Le professeur CARLIER a accepté les fonctions de Secrétaire-adjoint : je l'en remercie personnellement.

MM. SMAGGHE, à Hazebrouck, et TIMAL, à Cambrai, ont accepté les fonctions de délégué. Nous les en remercions avec l'unanimité des électeurs.

Depuis notre Assemblée générale de l'an dernier, nous avons perdu l'un de nos associés, pensionné depuis longtemps déjà. Le Bureau de l'Association a cru répondre aux désirs de tous en lui assurant des funérailles convenables, auxquelles assistaient nombre de nos confrères de Lille et des environs, et en notre nom, MM. OLIVIER, LOOTEN, CARLIER, SURMONT, membres du bureau, nous vous demanderons de bien vouloir approuver les dépenses faites à cette occasion.

Le Comité Central a bien voulu accorder dernièrement une pension de 800 francs à un autre confrère. C'est une joie pour nous tous. Nous avons ainsi trois de nos vieux confrères pensionnés par l'Association.

Enfin, dans le courant de l'année, nous avons accordé, sur notre Caisse, un secours de 300 francs et obtenu de l'Association centrale même somme pour l'un de nos jeunes confrères, ancien interne des hôpitaux de Lille, praticien distingué, estimé de tous ses concitoyens; le Dr C... a été frappé brutalement d'une affection terrible qui, après l'avoir éloigné de longs mois de son domicile, l'a laissé dans l'incapacité de reprendre son travail, situation d'autant plus pénible que notre confrère vivait uniquement de sa profession. Vous approuverez certainement ce que nous avons fait et nous autoriserez à continuer.

Votre président et votre secrétaire-général se sont associés en votre nom à une protestation de nos confrères de l'Yonne, contre les dispositions vexatoires, pour les médecins, du nouveau projet de loi sur l'exercice de la pharmacie. La lecture de la lettre accompagnant la protestation nous semble de nature à intéresser nos confrères, particulièrement ceux qui sont obligés, par suite de la situation de la localité où ils exercent, de distribuer des médicaments à leurs malades :

« Appoigny (Yonne), mars 1902.

» Très honoré confrère,

» Je ne sais si vous vous êtes rendu compte du nouveau » projet de loi sur l'exercice de la pharmacie.

» La profession médicale, si difficile à la campagne maintenant, ne deviendra plus possible, et l'on verra les » médecins émigrer fortement sur les villes, où l'encom» brement est déjà si grand.

» Permettez-moi de mettre sous vos yeux les règlements » imposés aux médecins pour la première fois, et que je » copie dans un article très remarquable du Dr AURY de » Saint-Martin d'Aspres.

» 1) Les médecins devront à l'avenir, comme les pharmaciens, posséder un premier registre spécial, sur » lequel ils inscriront chaque jour les formules entières » des médicaments délivrés, avec le nom et l'adresse des » malades.

» 2) Un deuxième registre spécial pour les poisons, sur » lequel seront inscrites également les formules et les » adresses; Des numéros d'ordre correspondants existeront » sur les registres, sur les fioles, sur les paquets, etc....

» 3) Une armoire fermant à clef où seront renfermés » les poisons et les substances dangereuses;

» 4) Le Codex, dernière édition, avec les compléments » au fur et à mesure de leur publication;

» 5) Un assortiment des médicaments simples et com» posés jugés utiles par l'Administration, portés sur une » liste officielle dressée chaque année, et même plus sou» vent, si besoin en est;

» 6) Les médecins présenteront chaque année, au jour » et à l'heure indiquée sur une affiche officielle, devant le » vérificateur des poids et mesures, une balance de préci-

» sion, une balance à grammes, une balance à gros poids, » un mètre, un litre à poinçonnage et les divisions du litre;

» 7) Ils recevront, au moins une fois l'an, l'inspection » d'un médecin vérificateur, assisté de deux pharmaciens. » Ils paieront le déplacement de ces fonctionnaires.

» 8) Il leur sera interdit de délivrer des médicaments à » des malades situés à 4 ou 6 kilomètres d'une pharmacie.

» L'inobservation de chacune de ces prescriptions entraî- » nera la simple police ou la police correctionnelle, les » amendes ou les dommages-intérêts, et même la prison.

» Le seul fait de donner par inadvertance ou par igno- » rance un médicament à un malade domicilié dans la » zone réservée aux pharmaciens, mènera en police » correctionnelle, et assurera une amende et des dom- » mages intérêts qui pourront se monter à cinq cents » francs par délit constaté, pour exercice illégal de la » pharmacie. La prison sera applicable en cas de récidive.

» Notre Société a décidé à l'unanimité de protester » contre ce projet de loi, et de demander à toutes les » Sociétés locales de France de s'associer à cette protes- » tation.

» Je viens donc vous prier de vouloir bien transmettre » à votre société la protestation ci-jointe, et au cas où, ce » dont je suis convaincu, elle se joindrait à nous, je vous » demanderai de nous la retourner signée le plus tôt » possible.

» Notre Président les fera parvenir toutes ensemble à la » Société Centrale, qui se chargera de les remettre aux » autorités compétentes.

» Agréez, etc... etc...

» *Le Secrétaire*, signé :
» Dr MOCQUOT. »

On ne peut que s'associer aux justes conclusions de cette lettre.

Parmi nos bienfaiteurs de cette année nous signalerons particulièrement nos confrères DUMONT et NOQUET, de Lille, qui ont perpétué leur cotisation. M. DAUBRESSE fils qui, en mémoire de son père, que nous avons eu la douleur de perdre cette année, et pour perpétuer son nom dans l'Association, nous a légué 200 francs. Le docteur DUMONT, de Mons-en-Barœul, nous a aussi donné 100 francs pour la Caisse des veuves et orphelins. Nous adressons à ces généreux donateurs nos sincères remerciements.

Nous avons, comme chaque année, distribué à des confrères ou à leurs veuves, des secours qui s'élèvent à 4.531 fr. 70. Nous avons trois sociétaires touchant de l'Association générale des pensions ou allocations annuelles de 800 fr. ; deux d'entre eux sont titulaires du legs Beaucourt à 120 fr. C'est vous dire que nous faisons quelque bien, mais certainement beaucoup moins que nous le voudrions et que vous le voudriez tous. Or, le nerf de l'assistance mutuelle, comme de la guerre, est l'argent. Pour avoir beaucoup d'argent, il faut beaucoup de sociétaires; aussi, si nous enregistrons avec peine sept démissions dans l'année, avons-nous accueilli avec joie les vingt-huit nouveaux sociétaires de l'an dernier. Nous espérons que l'admission des femmes dans notre société sera le point de départ d'une ère de prospérité nouvelle et nous saluons avec une respectueuse espérance les noms de Mmes OLIVIER et BÉCOUR, les premières inscrites (1).

En terminant, Messieurs, permettez-moi de faire appel à vos sentiments de solidarité professionnelle et de vous prier de vous faire chacun, autour de vous, les propagandistes de l'Assistance et de la Prévoyance mutuelle médicales. Il y a, parmi nos confrères du département, un peu d'indifférence vis-à-vis de ces questions ; on l'a vu lors de l'élection du Président général, où 37,6 pour 100 seulement de nos adhérents ont pris part au vote. C'est d'un indifférentisme plus accusé que dans les autres départements, où il y a eu 42,8 pour 100 de votants. Pourtant nous sommes, dans le département du Nord, 356 membres de l'Association sur 670 médecins environ (1), un peu plus de la moitié par conséquent. C'est la proportion générale des autres départements, notre association comprenant dans ses diverses Sociétés le chiffre total de 8570 membres, qui ne dépasse pas de beaucoup la moitié des médecins autorisés à exercer en France (Rapport de M. Lereboullet à l'Assemblée générale d'avril 1901). Ne trouvez-vous pas comme moi, qu'il est regrettable que la moitié seulement de nos confrères fasse partie de l'Association, alors que tous devraient tenir à l'honneur d'y être inscrits, les malheureux de la vie, par prévoyance ; les heureux, par solidarité professionnelle.

(1) Mmes LOOTEN, OUI et SURMONT, ont suivi ce généreux exemple.

Après ce documenté rapport, que l'assistance a couvert d'applaudissements, le docteur LOOTEN, trésorier, a fait l'exposé de la situation financière, et le docteur NOQUET, Vice-Président, a lu un rapport sur la question de l'admission des femmes dans l'Association.

A la suite de quelques observations de MM. SURMONT et RICHARD-LESAY, il a été entendu que la question de la participation des femmes dans l'Association, qui est résolue en principe, serait étudiée dans tous ses détails d'application dans l'Assemblée générale de l'année prochaine.

⁂ L'Assemblée a ensuite voté une somme de 5.000 francs de secours qui seront distribués tant aux veuves et aux orphelins de confrères décédés, qu'à des confrères eux-mêmes.

Notre Association compte en outre trois confrères possesseurs de pensions annuelles de 800 francs et deux possesseurs du legs Beaucourt à 120 francs, qui viennent s'ajouter aux pensions annuelles et leur faire un revenu de 920 francs.

⁂ Sur la proposition du docteur AUSSET, une commission composée du promoteur de l'idée et des membres du bureau, a été nommée afin d'étudier la meilleure manière d'exprimer à notre vénéré Président, le docteur OLIVIER, l'estime et l'affection de tous ses collègues pour lui. Cette manifestation se fera tant à l'occasion des noces d'or du Docteur Olivier qu'à l'occasion du 53e anniversaire de son doctorat en médecine.

⁂ Il a été décidé que l'Assemblée générale aurait lieu l'an prochain à Cambrai, conformément à la tradition.

⁂ Un banquet réunissait ensuite 34 de nos confrères dans les salons de l'*Hôtel du Sauvage*.

La plus franche cordialité a présidé à ces agapes confraternelles, et un orage imprévu étant survenu à la fin du banquet, et ayant empêché les excursions projetées, les convives ont eu le plaisir d'entendre de joyeux refrains qui leur ont rappelé les années d'étude et d'internat.

(1) D'après l'annuaire ROSENWALD pour 1902, il y a dans le Nord 576 docteurs et 94 officiers de santé.

— Par arrêtés préfectoraux sont nommés membres du Comité central de vaccine du Nord :

MM. le docteur CURTIS, professeur à la Faculté de Médecine, en remplacement du docteur REY, décédé ; le docteur COMBEMALE, professeur doyen à la Faculté de médecine.

SOUTENANCES DE THÈSE

M. A.-I.-J. GIR, de Maubeuge (Nord), licencié-ès-sciences physiques, pharmacien de 1re classe, ancien préparateur de chimie générale, a soutenu avec succès, le lundi 30 juin, sa thèse de doctorat de l'Université de Lille (mention pharmacie), (1re série, n° 2), intitulée : **Contribution à l'étude de l'acidité urinaire.**

— M. A.-G. STÉRIN, de Rombly (Pas-de-Calais), a soutenu avec succès, le mercredi 2 juillet, sa thèse de doctorat (6me série, n° 82), intitulée : **Contribution à l'étude des exostoses ostéogéniques.**

Dons et Legs

Paris. — M. GALIEN, de Paris, décédé à la Ferté-sous-Jouarre, le 23 mai 1902, à 95 ans, laisse par testament un million à l'Assistance publique.

Avesnes. — M. Léon OBLED, ancien conseiller d'arrondissement d'Avesnes, lègue par testament au département du Nord l'universalité de ses biens, à la condition de transformer en hospice ou maison de refuge la maison qu'il habitait à Etrœungt (Nord). On recevra dans cet hospice les vieillards des deux sexes pauvres et infirmes habitant depuis cinq ans au moins le canton d'Avesnes-Sud ; et le personnel en sera entièrement laïque.

Lens. — M. AZALOUX, ancien négociant à Lens, propriétaire à Willerval (Pas-de-Calais), a fait don en nue-propriété à l'hospice de Lens, de la somme de 17.000 francs, à charge de réserver à perpétuité un lit pour un habitant de Willerval.

Distinctions honorifiques

Légion d'honneur. — Sont nommés *chevaliers* : MM. les docteur DUBAIL, chirurgien en chef de l'hôpital du Mans ; BOUCHARD, médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur Gaston CLAROT, de Paris.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

26e SEMAINES, DU 22 AU 28 JUIN 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	4
3 mois à un an	4	6
1 an à 2 ans	1	4
2 à 5 ans	2	6
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	3	»
20 à 40 ans	5	9
40 à 60 ans	9	12
60 à 80 ans	8	8
80 ans et au-dessus	2	3
Total	41	53

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	2	5	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	1	»	»	»	»	7	12	12
Moulins, 24,947 hab.	»	1	»	»	1	»	»	»	»	1	4	»	»	»	»	»	»	»	»	7	14	19
Wazemmes, 36,782 hab.	2	3	»	»	»	1	»	»	2	»	1	»	»	3	»	»	1	1	»	5	19	22
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	7	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	3	»	»	»	»	»	»	1	1	1	3	»	»	»	»	»	»	1	»	3	13	10
Esquermes 11,381 hab.	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	7	4
Saint-Maurice, 11,212 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	7
Fives, 24,191 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	5	9	13
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	3
Total	10	4	1	»	1	1	»	2	7	5	10	»	»	8	1	»	1	2	»	41	94	107

N° 287. Sixième Année. N° 28 Le Numéro : 10 centimes. 13 Juillet 1902

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité

Les lipomes intra-musculaires

par MM.

L. Dubar et **G. Potel**

Professeur de clinique chirurgicale — Assistant de clinique

Les lipomes si fréquents au niveau du tissu cellulaire sous-cutané se développent très rarement à l'intérieur des muscles. Pendant longtemps même, on a considéré cette localisation comme impossible. DESPRÈS, en 1866, dans sa thèse d'agrégation (1), disait : « sauf deux cas de lipomes de la langue, il n'y a jamais eu de lipome dans la gaîne d'un muscle. »

Cependant, à peine deux ans plus tard, DESPRÈS, lui-même, dans son traité du Diagnostic des tumeurs (2), était obligé de revenir sur sa proposition et de dire : « On connaît des tumeurs graisseuses et fibreuses des muscles, sans compter l'hypertrophie graisseuse avec atrophie de ces organes ».

Le lipome de la langue était bien connu depuis la thèse de MAISONNEUVE (1), mais les lipomes des muscles de la vie de relation étaient assez rares pour que FARABEUF (2), en 1875, pût dire que la pièce qu'il avait recueillie à l'École pratique était peut-être unique.

Pourtant PAGET (3), en 1853, avait déjà mentionné un cas de lipome développé dans l'épaisseur du muscle trapèze.

Le premier travail d'ensemble date de 1886, avec la thèse de RIBET (4). Mais cet auteur englobe dans une même description toutes les tumeurs lipomateuses des muscles, y compris celles de la langue et du cœur. Depuis lors d'assez nombreuses observations (une vingtaine environ) ont été publiées, particulièrement dans les bulletins de la Société anatomique (5).

MALENÇON (6) a réuni dix cas dans sa thèse inaugurale. Nous-mêmes avons pu observer récemment un

(1) DESPRÈS. — Des tumeurs des muscles. Th. agrégation, Paris, 1866, p. 70.
(2) DESPRÈS. — Du diagnostic des tumeurs. Paris, 1868, p. 104.

(1) MAISONNEUVE. — Des tumeurs de la langue. Th. de concours, 1848.
(2) FARABEUF. — Lipome intra-musculaire. *Bull. Soc. Anat.*, Paris 1876, p. 100.
(3) PAGET. — Lect of surgical Path. 1853, II, p. 98.
(4) RIBET. — Des lipomes intra-musculaires. Th Paris, 1886.
(5) PITRES. *Bull. de la Soc Anat.*, Paris 1875, p. 521.
REMY. — — — — 1876, — 136.
MONOD — — — — 1876, — 505
FÉRÉ. — — — — 1881, — 329.
HARTMANN. — — — — 1887, — 728.
LYOT et GAUTIER. — — — — 1887, — 835.
CALOT. — — — — 18·8, — 934.
MORESTIN. — — — — 1897, — 939.
(6) MALENÇON. — Contribution à l'étude des lipomes intra-musculaires des muscles de la vie de relation. Th Paris, 1895, n° 245.

cas intéressant de lipome inclus dans le grand pectoral et nous voudrions, à propos de ce cas, refaire une rapide revue de ces faits encore si rares.

Nous laisserons totalement hors de notre étude une série de tumeurs lipomateuses :

1° Les lipomes de la langue, qui constituent à l'heure actuelle une question tout-à-fait spéciale et bien étudiée déjà (1).

2° Les lipomes du cœur.

3° Les myopathies hypertrophiques, les dégénérescences graisseuses des muscles, affections qui relèvent de la médecine et non de la chirurgie

4° Enfin les lipomes intermusculaires, qu'ils pénètrent ou non d'une façon secondaire dans l'épaisseur même des muscles (2).

Nous ne nous occuperons donc que des lipomes développés primitivement dans l'épaisseur du muscle, ou dans sa gaîne.

Voici d'abord notre observation personnelle :

Une dame, âgée de 72 ans, reçut, il y a deux ans, un coup au niveau du pectoral gauche. Un mois après ce traumatisme, elle commence à souffrir et à sentir une petite nodosité vers la partie inférieure du grand pectoral gauche.

Les douleurs, à un moment donné, s'étendirent à l'aisselle. Mais, vers la même époque, la malade eut un panaris au médius de la main gauche.

Dans l'aisselle, on constatait assez nettement la présence de deux ganglions assez durs, légèrement douloureux.

La tuméfaction et les ganglions restèrent stationnaires pendant assez longtemps. Mais il y a deux mois, la malade constata que la tumeur faisait des progrès inquiétants. C'est alors qu'elle vient nous consulter.

A l'examen, on constate la présence d'une tumeur grosse comme un œuf de poule, dans la paroi antérieure de l'aisselle gauche, affleurant le bord inférieur du grand pectoral, tumeur lisse, allongée dans l'axe du pectoral. La tumeur est sensible à la pression. Il existe deux ganglions indurés, dont un particulièrement volumineux, sur la paroi interne de l'aisselle gauche. Si l'on fait contracter le muscle pectoral, on constate que la tuméfaction ne peut être séparée du muscle. L'état d'adipose du tissu cellulaire sous-cutané ne permet pas de se rendre compte s'il existe ou non de la fluctuation.

Le sein est absolument normal et indépendant de la tumeur. Le diagnostic était difficile. On songea, en raison de la situation nettement intra-musculaire de la tumeur, à une gomme syphilitique. Bien que la malade n'eût aucun antécédent, ni aucun signe de syphilis, on la mit au traitement. Iodure à l'intérieur, emplâtre de Vigo au niveau du pectoral. Loin de diminuer, la tumeur augmenta de près d'un tiers pendant les 15 jours du traitement. De plus, l'emplâtre détermina un tel érythème, avec des démangeaisons si pénibles, qu'on dut l'enlever rapidement. Le diagnostic de gomme paraissait donc devoir être rejeté.

L'augmentation rapide de volume de la tuméfaction fit pencher vers l'idée d'un sarcome. L'intervention fut proposée et acceptée.

Anesthésie chloroformique, Incision des téguments sur une étendue de 12 centimètres, le long du bord externe du grand pectoral gauche, on arrive sur le muscle dont les fibres sont soulevées et étalées sur la tumeur.

L'incision du muscle fait voir que la tumeur est entièrement formée d'un lipome encapsulé, couché dans l'épaisseur du muscle.La décortication fut facile. Le pédicule est dirigé en haut vers l'insertion humérale. Le lipome enlevé, comme les ganglions axillaires étaient douloureux, on ouvre le creux axillaire et on extirpe les ganglions. L'un d'eux a le volume d'une grosse amande. Suture et drainage.

Les suites opératoires furent des plus simples. La plaie se réunit par première intention. La malade était guérie complètement quinze jours après l'intervention.

La tumeur enlevée est grosse comme un œuf de poule, mais elle est un peu aplatie et allongée. Son grand axe était situé dans l'axe des fibres du pectoral. Elle est constituée par du lipome pur.

Fréquence. — Les lipomes développés dans l'épaisseur des muscles sont rares. Malgré les recherches assez longues que nous avons faites nous n'avons guère pu rassembler plus d'une vingtaine de cas probants. Cette rareté mérite d'être mise en regard de l'extrême fréquence des lipomes du tissu cellulaire sous-cutané.

Etiologie. — Peut-on attribuer une cause à la production des lipomes intramusculaires ?

Nous croyons, qu'en présence d'un petit nombre d'observations publiées, il faut se montrer très sobre d'hypothèses. On risque d'échafauder à grand peine des théories que la clinique détruira demain.

Malençon a essayé à la suite de Ribet, de se « lancer un peu, suivant les termes mêmes de Ribet, dans la voie des hypothèses. » Qu'en est-il résulté ?

Au point de vue de l'âge, Malençon considère la lipomatose intra-musculaire comme « une affection d'un âge déjà avancé. C'est entre 40 et 60 ans, qu'on peut placer le maximum des lipomes des muscles. »

D'où hypothèse sur le ralentissement de la nutrition... le locus minoris resistentiæ... Christot a observé un lipome chez une jeune fille de dix-huit

(1) Voir les thèses de Labat, Paris, 1874. — Malon, Paris, 1881. Kraussnitz, Berlin, 1889. Derégnaucourt, Paris, 1896, N° 543.

(2) Mackenberg. Ueber intermusculare Lipome.— Th. Wurzburg, 1887.

ans, MORESTIN, un cas plus curieux de lipome congénital.

Mêmes remarques à propos du *sexe*. MALENÇON reproduit la statistique de RIBET (qui, nous le rappelons, contient des faits de lipome de la langue, du cœur, etc.), qui, sur neuf faits, trouve six cas chez l'homme et trois chez la femme. Donc, l'affection est deux fois plus commune chez l'homme que chez la femme. Cette prédilection pour le sexe fort est probablement due aux fatigues, aux travaux pénibles, etc.

Or, si nous reprenons les faits, nous voyons que sur douze cas où le sexe est indiqué, on trouve quatre cas chez l'homme et huit chez la femme. La proportion se trouve donc renversée.

Nous croyons donc qu'il ne faut pas attribuer à ces prétendues causes plus d'importance qu'il ne convient.

Peut être le traumatisme joue-t-il un rôle plus important. Nous l'avons vu noter dans plusieurs cas, notre malade était très explicite à ce sujet. TEDENAT a observé le cas d'un bateleur qui laissait d'une façon habituelle tomber des poids sur son biceps. Il eut en même temps production d'un lipome intra-musculaire et hernie du muscle.

La malade de CHAVANNAZ vit son lipome apparaître au niveau du tenseur du fascia-lata, après une série de traumatismes sur la hanche droite.

Siège. — Tous les muscles de la vie de relation peuvent être le *siège* des lipomes.

Voici les différents sièges que nous avons relevés dans les observations que nous avons pu réunir :

Trapèze (PAGET), grand dorsal (MALENÇON), sous-épineux (LEJARS), grand pectoral (HARTMANN, DUBAR et POTEL), biceps (CALOT, REMY, TEDENAT) éminence thénar (PITRES), vaste externe, (JALAGUIER, CHRISTOT), tenseur du fascia-lata (CHAVANNAZ), grand adducteur LYOT ; vaste interne (MONOD), droit antérieur de la cuisse (LYOT et GAUTIER, FERÉ), semi-tendineux (WEAVER), couturier (FARABEUF), jumeau interne (MORESTIN).

Les *symptômes* par lesquels se manifeste la présence du lipome sont, au moins au début, très rudimentaires. Souvent, ces lipomes ont été des trouvailles d'autopsies (FARABEUF, CALOT, LEJARS, HARTMANN) ou bien on les a pour ainsi dire découverts chez un malade entré à l'hôpital pour une toute autre affection (REMY). Le plus souvent le malade ne s'aperçoit de la présence d'une tumeur que lorsqu'elle a déjà acquis un volume considérable et il faut accorder peu de créance quand une malade, comme celle de JALAGUIER, vient affirmer que la tumeur, grosse comme le poing, n'existait pas quinze jours auparavant. Le lipome peut rester inaperçu pendant très longtemps et augmenter rapidement de volume, sous l'influence d'un traumatisme, par exemple.

Nous avons vu dans notre clinique, à l'hôpital de la Charité, un homme porteur d'un lipome du dos. Ce lipome avait tenté un cheval, qui y avait mordu à belles dents. La tumeur augmenta si rapidement de volume qu'elle acquit la grosseur d'une tête d'adulte en l'espace de trois semaines.

Les lipomes intramusculaires sont généralement très peu douloureux. Ils constituent plus une gêne qu'une douleur, les mouvements sont pénibles si la tumeur est très volumineuse.

Les *symptômes physiques* se bornent le plus souvent à la constatation d'une tumeur, grosse comme une orange, située dans l'épaisseur d'un muscle, mobile transversalement au muscle pendant le repos, fixe pendant la contraction musculaire.

Quant aux autres signes habituels des lipomes, lobulation, fausse fluctuation, crépitation des lipofibromes, mobilité sur les parties profondes, etc., il est bien rare qu'on puisse les percevoir. Il ne faut pas oublier que ces lipomes sont situés souvent profondément, bridés en avant par une bande musculaire, ou tout au moins par l'aponévrose du muscle qui masque tous les signes que nous venons d'énumérer.

Il est donc facile de comprendre à priori pourquoi le *diagnostic* est si difficile et a été fait si rarement, mais cette difficulté augmente bien plus, si l'on prend la peine de lire toutes les observations publiées jusqu'ici.

Il semble vraiment que les lipomes se présentent souvent comme de véritables énigmes à déchiffrer, et avec des commémoratifs tels que l'erreur est presque impossible à éviter.

Il n'est pas jusqu'aux auteurs qui ont observé des lipomes à l'Ecole pratique qui n'aient insisté sur ce point.

HARTMANN trouve un lipome développé dans le pectoral, sous la mamelle. L'autre sein présentait un cancer squirrheux avec dégénérescence des ganglions axillaires correspondants. Il eut été naturel ici de songer à un noyau carcinomateux secondaire.

Le sujet observé par LEJARS, outre son lipome du muscle sous-épineux, « portait un ancien mal de Pott

guéri, et certainement, à une époque antérieure, on eut pu prendre la tumeur fluctuante de la fosse sous-épineuse pour un abcès froid. »

La malade de CHAVANNAZ reçoit au niveau de la hanche droite une série de traumatismes, entre autres un coup de corne de vache qui détermine une ecchymose. Quelque temps après on constate une petite tumeur aplatie... N'était-on pas justifié à songer plus à un vieil hématome, qu'à un lipome du tenseur du fascia lata ?

Chez une jeune fille, JALAGUIER observe une tumeur de la cuisse, dont le développement est si rapide qu'en six semaines elle acquiert quinze centimètres de diamètre, de nombreuses veinosités sillonnaient la peau ; la malade, qui n'avait pas quitté le lit depuis trois semaines, éprouvait quelques douleurs irradiées vers le genou. JALAGUIER concluait avec raison à la présence d'un sarcome. Il s'agissait d'un lipome du vaste externe.

Nous pourrions continuer les exemples, la démonstration ne serait point plus probante.

Ce n'est point que nous voulions prétendre que le diagnostic soit impossible. Dans certains cas, il est même facile. Mais dans la plupart des faits il faudra rester sur la réserve, on devra d'abord faire le diagnostic du *siège* de la tumeur à l'intérieur du muscle, ou du moins dans sa gaîne. Ce diagnostic pourra presque toujours être établi

Ceci fait on cherchera à élucider la nature de la tumeur : lipome, gomme syphilitique, sarcome, kyste hydatique, hernie musculaire, abcès froid, en se rappelant que les signes du lipome sont souvent trompeurs, que l'adipome est souvent plus fluctuant que les kystes, que la marche de l'affection est aussi un mauvais guide puisque on la voit tantôt rester stationnaire pendant vingt ans (MORESTIN) tantôt acquérir un volume considérable en quelques semaines (JALAGUIER).

Ce qui consolera le chirurgien, c'est d'avoir, au moment de *l'intervention*, une surprise agréable, car l'extirpation du lipome intra-musculaire est en général très facile. Nous ne connaissons guère que le cas de MORESTIN où l'intervention fut quelque peu pénible, en raison de l'extrême diffusion du tissu adipeux dans les interstices musculaires. MORESTIN dut laisser un grand nombre de petits pelotons adipeux. La guérison n'en fut pas moins parfaite.

En résumé, les lipomes intra-musculaires constituent une affection bien intéressante à étudier, assez rare et souvent plus facile à extirper qu'à diagnostiquer.

L'Adrénaline

par **Henri Lagache**, externe à la clinique laryngologique de l'hôpital Saint-Sauveur

Historique. — L'adrénaline fut isolée de l'extrait de capsules surrénales en 1901 par le docteur JOKICHI TAKAMINE, de New-York. Le pouvoir vaso-constricteur de l'extrait de capsules surrénales était déjà connu depuis les travaux de SCHYMONOWITZ et CYBOULSKI, en Autriche, OLIVER et SHAEFER, en Angleterre. Ces auteurs avaient démontré que l'extrait aqueux de capsules surrénales, injecté à un animal, élève la pression sanguine et produit une vaso-constriction périphérique considérable. Ils attribuaient cette propriété à une excitation du centre vaso-moteur. Mais les travaux de GOTLIEB, en 1897, démontrèrent qu'elle était due à son action sur le cœur et sur le système vasculaire périphérique.

Dès 1897, KONIGSTEIN (1) et BARRAUD (2) employèrent l'extrait de capsules surrénales en ophtalmologie comme hémostatique et décongestionnant. La même année, BIDL (3) obtint de bons résultats de son emploi dans les hémorrhagies utérines. Mais c'est surtout en oto-rhino-laryngologie que son usage se vulgarisa. CLARENCE SHARP, de New-York, disait au mois d'août 1899 (4) : « L'extrait de capsules surrénales réduit la » muqueuse hypertrophiée des cornets dans une » mesure beaucoup plus grande que lorsqu'on se » sert de la cocaïne. Les hémorrhagies résultant des » opérations intra-nasales sont arrêtées instantané- » ment, grâce à l'application locale de l'extrait aqueux » de capsules surrénales. Il en est de même dans les » opérations sur la cloison. »

De son côté, CONNEL (5) obtenait les mêmes résultats et LHERMITTE (6) parvint au moyen de l'extrait de capsules surrénales à faire cesser des épistaxis tenaces qui avaient résisté à tous les autres moyens d'intervention.

(1) *Wien. med. Presse*, 1897, n° 27, page 857.
(2) *Therapeut. Wochenschr.*, 1897, n° 39, page 1006.
(3) *Wien. med. Blätter*, 1897, n° 26.
(4) *New-York medical Journal*, 12 août 1899.
(5) *Kingston medical Quaterly*, 1899, page 318.
(6) *British medical Journal*, 1899, n° 1991, épit. 468.

Toutefois son emploi n'était pas sans inconvénient. Sur les muqueuses il provoquait une sensation de brûlure, de picotements assez désagréables. De plus, son efficacité inconstante en avait fait rejeter l'emploi par d'assez nombreux chirurgiens qui, comme MOURE et BRINDEL, n'obtenaient pas avec lui cette vaso-constriction énergique que d'autres auteurs observaient.

Aussi, depuis 1897, les chimistes les plus éminents ont-ils cherché à isoler le principe actif vaso-constricteur de l'extrait de glande surrénale.

En 1897, le professeur ABEL, de John Hopkins University, prétendit l'avoir trouvé dans une substance qu'il appela l'*épinéphrine*.

En février 1900, FÜRTH, de Strasbourg, démontra l'impureté de l'*épinéphrine* et annonça avoir découvert le principe actif des glandes surrénales qu'il nomma *suprarénine*. Continuant ses recherches, ABEL, en mars 1901, démontra que la suprarénine n'était qu'une modification de son épinéphrine. Sur ces entrefaites, JOKICHI TAKAMINE, de New-York, et en même temps que lui, ALDRICH parvinrent à isoler des glandes surrénales leur véritable principe qui fut nommé *Adrénaline*.

Elle fut expérimentée aussitôt par le chirurgien EMILE MAYER (1), de New-York, qui, le 27 mars 1901, à la section de laryngologie de l'Académie de médecine de New-York, fit une communication sur les résultats qu'il en avait obtenus dans la pratique otologique et laryngologique. Il fit un vif éloge de son action vaso-constrictive et décongestionnante.

En juillet 1901, NORTHON WILSON (2), dans *The Laryngoscope*, se montre aussi très enthousiaste des résultats qu'il a obtenus avec l'adrénaline dans les affections nasales, buccales, laryngées et auriculaires.

L'adrénaline fut introduite en France par le docteur DE ROALDÈS, de la Nouvelle-Orléans, qui en envoya un échantillon à MOURE et à BRINDEL, de Bordeaux. Ces derniers, après l'avoir essayée sur une quarantaine de leurs malades, firent, le 29 novembre 1901, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (3), une communication sur les merveilleux effets que l'adrénaline avait donnés entre leurs mains. Beaucoup d'autres chirurgiens encore l'ont employée : STUCKY (Lexigton), PASMORE BERENS, HOLBROOK, CURTIS, DENCH, MIAL, LEDERMAN, MILLS (de New-York) ; OTTO STEIN (de Chicago), TALBOT CHAMBERS (de Jersey City), WATER JOHNSON (de Paterson), MAX GOLDSTEIN, (de Saint-Louis), WARD et FLETSHER INGALS ; en France, GALEZOWSKI, GRANDCLÉMENT, LERMOYEZ, VACHER, GAUDIER, etc.

Tous ces auteurs sont unanimes à reconnaître l'action vaso-constrictive remarquable de l'adrénaline et à recommander son emploi comme hémostatique et décongestionnant.

Toutefois, au dernier Congrès de Laryngologie (mai 1902) où, à propos d'une communication de VACHER (d'Orléans), la question de l'adrénaline fut soulevée, quelques réserves ont été faites et, de plusieurs côtés, des hémorrhagies secondaires furent signalées à la suite de son emploi.

Sa constitution chimique. — Paul LEMAIRE (1) donne un excellent résumé de la constitution chimique de l'adrénaline C'est, dit-il, une substance cristalline dont la formule serait, d'après TAKAMINE, $C^{10} H^{15} AzO^{3}$ et, d'après ALDRICH qui la découvrit presque en même temps, $C^{9} H^{13} AzO^{3}$. De couleur grise blanchâtre elle serait plus soluble dans l'eau à chaud qu'à froid ; ses solutions aqueuses brunissent sous l'action de l'air et de la chaleur en laissant déposer des aiguilles de couleur noirâtre. Cependant la stérilisation par l'ébullition de ces solutions ne leur ferait rien perdre de leur activité physiologique (NORTHON WILSON).

L'adrénaline est facilement soluble dans les alcalis, excepté dans l'ammoniaque et, grâce à sa faible fonction basique, elle donne des sels avec les acides. Avec le perchlorure de fer elle donne une coloration vert émeraude ; avec l'iode et l'ammoniaque, une coloration rose. Réductrice énergique des sels d'or et d'argent, elle ne donnerait aucun précipité avec l'iodure mercurico-potassique, le bichlorure de mercure, le chlorure de platine, ni avec les acides : picrique, tannique, phosphomolybdique, phosphotungstique, qui sont les réactifs généraux des alcaloïdes.

L'adrénaline est un produit très stable. Les températures inférieures à 150° ne la décomposent pas : propriété précieuse pour un médicament susceptible d'être employé au cours d'interventions chirurgicales réclamant une asepsie absolue puisqu'elle permet au chirurgien de stériliser la solution chaque fois qu'il en a besoin.

L'adrénaline se présente dans le commerce sous deux formes : 1° en *pastilles* ou *tablettes* de tartrate

(1) *Philadelphie medical Journal*, 27 avril 1901.

(2) *The Laryngoscope*, juillet 1901.

(3) *Revue d'Otologie, de Rhinologie et de Laryngologie*, 28 déc. 1901.

(1) PAUL LEMAIRE. — *Gazette hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 18 mai 1902.

d'adrénaline ; 2° en *solution* au 1/1000. Les tablettes de tartrate d'adrénaline sont déliquescentes. Quand on en a besoin, on les dissout dans une quantité suffisante de sérum physiologique pour en faire des solutions à 1/1000 ou plus diluées : 1/3000, 1/5000, etc.

La solution au 1/1000 est faite avec :

Adrénaline (chlorure) NaCl	1 gr.
Solution physiologique de NaCl . . .	1.000 gr.
Chlorétone	5 gr.

Le chlorétone qui est un composé résultant de l'action de la potasse sur un mélange à parties égales de chloroforme et d'acétone donne, à la solution, un léger pouvoir antiseptique et anesthésique.

Propriétés physiologiques. — L'adrénaline est un vaso-constricteur très puissant : une portion d'une goutte de sa solution aqueuse ou de celle d'un de ses sels à 1/50000 suffirait, d'après TAKAMINE, pour blanchir la conjonctive en une minute.

Nous avons pu nous rendre compte personnellement qu'une goutte de la solution à 1/1000, déposée sur la séreuse de l'intestin grêle d'un chien, produit, en une demi-minute, une vaso constriction intense que l'on voit s'étendre progressivement aux vaisseaux du péritoine voisin. Une demi-heure après l'on peut encore tailler dans la séreuse et la musculeuse sans avoir une goutte de sang.

L'adrénaline agit-elle par action directe sur la musculature des vaisseaux ou en impressionnant le centre vaso-moteur ?

Les expériences faites par LEWANDOWSKI et GOTLIEB démontrent que l'extrait de glandes surrénales agit en faisant contracter les muscles lisses. D'après LEWANDOWSKI, si l'on fait à un chat une injection intraveineuse d'extrait de capsules surrénales, on voit les poils se dresser verticalement par contraction des muscles lisses de la peau et persister plusieurs heures dans cette position. Cette vaso-constriction produit instantanément une élévation énorme de la pression sanguine. Pour de STELLA (Gand) (1), les expériences de physiologie qu'il a constituées, lui permettent de conclure que l'adrénaline *épuise son action au point d'application* et qu'elle ne détermine d'*hypertension vasculaire* que si on l'*injecte dans les veines*. D'après ALDRICH une injection intraveineuse de quelques gouttes d'une solution à 1/20000, élève la pression sanguine de 14^{mm} de mercure. En injections sous-cutanées et surtout en injections intrapéritonéales, l'adrénaline peut déterminer chez les animaux de la glycosurie. A dose mortelle on constate des lésions destructives de certains organes et en particulier du pancréas (HERTER et RICHARD).

(1) Communication à la *Société belge d'otologie* 1er juin 1902.

Emploi de l'adrénaline en chirurgie spéciale. — Des propriétés physiologiques de l'adrénaline résulte son usage en ophtalmologie, en rhinologie et otologie, et en laryngologie.

En thérapeutique oculaire, GALEZOWSKI, de Paris, GRANDCLÉMENT, de Lyon, ont expérimenté l'adrénaline, VIGNÈS en a également contrôlé l'action. Qu'il y ait inflammation de la conjonctive ou non, de 30 secondes à une minute après l'instillation d'une goutte d'une solution à 1 pour 1000, la muqueuse pâlit sans qu'il y ait production d'irritation douloureuse et cette pâleur va s'accentuant pendant les minutes qui suivent ; elle persiste environ une heure à une heure et demie. Elle ne détermine aucune lésion de l'épithélium cornéen, et n'exerce aucune influence sur le pouvoir accommodateur. Elle ne produit ni myosis, ni mydriase. Son action décongestionnante associée à l'action calmante du chlorétone en fait un bon analgésique dans les inflammations de la conjonctive et de la cornée et un aide de l'action des myosiques chez les glaucomateux. Son pouvoir hémostatique enfin, est une indication de son emploi dans les hémorrhagies intra-oculaires et dans la pratique les opérations oculaires (1).

L'adrénaline que LERMOYEZ appelle l'*alcaloïde de la bande* d'ESMARCH, a été surtout employée, jusqu'à présent, en oto-rhino-laryngologie. C'est à ce point de vue aussi que nous l'avons particulièrement étudié et nous sommes loin de partager à son endroit l'enthousiasme des auteurs qui en ont fait les premiers usage. Comme agent *décongestionnant*, elle ne semble pas posséder de pouvoir *curatif* sur les affections inflammatoires ou congestives ; tout au plus produit-elle un soulagement momentané. Comme *hémostatique* elle ne doit être employée que dans les cas où son application peut être suivie d'un tamponnement préventif d'hémorragies secondaires maintes fois déjà signalées et, somme toute, en bien des cas, la cocaïne rend absolument les mêmes services, avec cet avantage qu'elle est un médicament dont les dangers sont parfaitement connus et le maniement familier à tous les chirurgiens.

(1) PAUL LEMAIRE. — *Gazette hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux* 18 mai 1902.

On peut se rendre compte du pouvoir décongestionnant de l'adrénaline de la façon suivante : si avec un tampon monté sur un stylet, on fait une application au 1/1000 sur une muqueuse nasale hypertrophiée, on voit celle-ci pâlir et se rétracter ; les cornets diminuent de volume ; et ce nez où l'on ne pouvait tout-à-l'heure introduire un spéculum devient perméable et il est possible d'examiner directement le naso-pharynx par les fosses nasales.

LERMOYEZ (1) utilise cette propriété pour faire par la rhinoscopie antérieure, le diagnostic de végétations adénoïdes chez les jeunes enfants.

Il résulte de cette action que dans le coryza, la fièvre des foins, la rhinite vaso-motrice, l'application d'adrénaline sur la muqueuse nasale produit un soulagement momentané très appréciable : la rétraction des cornets permet à l'air de circuler dans les cavités nasales, la respiration se fait librement, l'enchifrènement disparaît, l'hypersécrétion se tarit. Mais on a observé souvent après quelques heures un écoulement plus marqué qu'auparavant (MAHU-MOURE), LERMOYEZ (*Rev. de Laryngologie, 31 mai 1902*) dit que « la période de libération et de siccité obtenue par l'emploi de l'adrénaline est suivie d'une phase hydrorrhéique qui dépasse en intensité les phénomènes observés avant l'application du médicament ». VACHER (d'Orléans) conseille cependant de renouveler les applications : d'après cet auteur les rhinorrhées secondaires diminueraient peu à peu d'intensité et finiraient par disparaître.

Chez une malade du professeur GAUDIER, atteinte de *rhume des foins*, chaque application était suivie d'un soulagement d'une heure en moyenne, mais passé ce temps, la *crise hydrorrhéique* était terrible, accompagnée de violentes douleurs sinusiales.

NORTHON WILSON, MAX GOLDSTEIN, rapportent avoir obtenu de bons résultats de pulvérisations d'adrénaline, dans les cas de laryngite aiguë : en peu de temps les cordes vocales se décongestionneraient et la voix reviendrait. Dans les angines, les pharyngites, les abcès péri-amygdaliens, l'application d'adrénaline ferait diminuer les douleurs et rendrait possible la déglutition (MOURE et BRINDEL). Enfin, BERENS dit avoir soulagé considérablement des malades atteints d'otite moyenne en leur injectant dans la trompe trois à cinq gouttes d'adrénaline ; la muqueuse qui, congestionnée et enflammée, obstruait la trompe, se rétracte et permet l'écoulement des liquides retenus dans la caisse.

(1) *Société belge d'otologie*, 1er Juin 1902.

Comme on le voit, ces résultats obtenus à l'aide de l'adrénaline sont appréciables, mais diffèrent-ils sensiblement de ceux qu'on obtiendrait avec la cocaïne dans les mêmes cas ?

Comme hémostatique, dans les hémorragies des muqueuses et dans certaines interventions chirurgicales, sans conteste l'adrénaline fait merveille. Les épitaxis de faible importance sont arrêtées instantanément par l'attouchement du point saignant avec un tampon d'ouate imbibé de la solution au 1/1000. Dans les interventions sur la muqueuse du nez, du larynx et de l'oreille moyenne une application préalable d'adrénaline à 1/1000 permet d'opérer pour ainsi dire à blanc ; l'on peut presque sans écoulement de sang gratter des lupus de la pituitaire, redresser des cloisons, en réséquer des éperons, extirper des polypes du larynx, cureter des bourgeons de l'oreille. Nous avons essayé d'employer l'adrénaline dans le *curettage des végétations adénoïdes* ; elle n'a pas donné le résultat qu'on en attendait, le sang a été chaque fois aussi abondant que si elle n'avait pas été employée ; nous sommes d'ailleurs arrivés à cette notion que l'adrénaline n'agissait vraiment comme hémostatique merveilleux que dans les interventions chirurgicales portant sur une petite étendue, et surtout sur une faible profondeur de tissus, sur une lésion bien localisée (cornets, bourgeons, polypes), en un mot sur une région dépendant d'un domaine vasculaire assez circonscrit et superficiel.

L'*association* de l'adrénaline et de la cocaïne semble favoriser le pouvoir anesthésique de ce dernier médicament, surtout dans les régions enflammées où il n'agit pas d'ordinaire ; les redressements de la cloison nasale, les bourgeons s'opèrent sans douleur si l'on fait après un badigeonnage à l'adrénaline une application de cocaïne.

Malheureusement, quand on emploie l'adrénaline, comme hémostatique, il faut toujours *craindre les hémorragies secondaires* en vertu de cette loi physiologique inéluctable « plus une vaso-constriction a été prononcée, plus la vaso-dilatation qui la suit est intense et durable. » C'est pourquoi, si dans les épistaxis, l'adrénaline peut être employée comme médicament d'urgence il faut néanmoins cautériser le point saignant et tamponner, faute de quoi, quelques heures après, presque certainement, le sang recoulera de plus belle.

C'est pourquoi aussi, il est indiqué de ne se servir de ce médicament que dans les interventions chirurgicales, qui peuvent être suivies d'un tamponnement soigné.

L'emploi de l'adrénaline peut ne pas être sans danger. Moure et Brindel, après son application, sur la partie moyenne des fosses nasales avait vu se produire chez quelques malades des sensations de vide, des troubles vertigineux. La syncope même est à craindre comme nous l'avons observé chez une fillette de six ans, après une application dans le cavum de la solution à 1/1000. Enfin Lermoyez se demande si chez les gens à tensions artérielles exagérées l'emploi local de l'adrénaline ne peut produire une brusque hypertension et déterminer un ictus apoplectiforme.

En résumé, l'adrénaline nous semble devoir être surtout un médicament *d'urgence et de soulagement momentanée*, et un *adjuvant précieux* dans certaines opérations surtout nasales, où il permet d'*opérer à blanc;* mais en beaucoup de cas, la cocaïne peut rendre les mêmes services. Son emploi comme hémostatique devra toujours pouvoir être suivi d'un tamponnement, dans tous les cas, il faudra la manier avec prudence surtout chez les enfants et les artério-scléreux.

Sur un cas de polype placentaire

Par MM. **M. Oui**, agrégé des Facultés de médecine, chargé d'un cours d'accouchements à l'Université de Lille

et **A. Gontier de la Roche**, interne des hôpitaux

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un cas de rétention prolongée d'une partie de l'arrière-faix à la suite d'un avortement.

Voici l'histoire de ce cas :

La nommée B..., Elise, âgée de 35 ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur, le 8 mai 1902.

Ses antécédents ne présentent rien de particulier au point de vue pathologique. Au point de vue génital, elle donne les renseignements suivants :

Réglée pour la première fois à 15 ans, elle a toujours eu des règles régulières, peu abondantes, un peu douloureuses, durant en moyenne cinq jours. Mariée à 27 ans, elle a eu successivement cinq grossesses terminées par des accouchements faciles. La troisième grossesse a été une grossesse double. Elle n'a conservé qu'un seul enfant, celui qui est issu de la seconde grossesse. Les autres sont morts en bas âge. En ce qui concerne la cinquième grossesse qui nous intéresse plus particulièrement, cette femme nous raconte qu'elle a eu ses dernières règles au mois d'octobre 1901, sans qu'il lui soit possible de préciser la date. Sa grossesse ne présenta rien de particulier jusqu'au mois de janvier 1902. Dans la seconde quinzaine de janvier, elle aurait, pendant quelques jours, perdu un peu de sang et, le 21 janvier, pendant son sommeil, elle aurait expulsé un fœtus que le médecin qui l'a examiné considéra comme un fœtus de quatre mois.

Bien qu'aucune hémorrhagie ne se fût produite ensuite, son médecin tenta d'extraire manuellement le placenta ; mais il ne put y parvenir.

A partir de ce moment la malade ne souffrit pas, sauf de temps à autre, quelques douleurs lombaires. Cependant, elle perdait continuellement bien qu'en médiocre abondance, du sang ou plutôt de la sérosité sanguinolente qui, pendant quelques jours, eut une odeur fétide. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, une hémorrhagie très abondante, mélangée de caillots, se produisit et nécessita le tamponnement. Depuis, elle continua à perdre d'une façon continue.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on constate chez cette femme un état prononcé d'anémie. L'examen de l'appareil génital fait constater l'écoulement constant de liquide sanguinolent. Le col de l'utérus est gros, déchiré transversalement et absolument fermé. L'utérus très antéfléchi est manifestement gros. Rien à noter du côté des annexes.

La malade est remise au repos au lit. Injections vaginales antiseptiques chaudes. L'écoulement sanguin persiste, continu, mais peu abondant.

Le 17 mai, sous anesthésie chloroformique, le col est dilaté à l'aide de toute la série des bougies d'Hégar. Le doigt, introduit non sans difficulté dans la cavité utérine, l'explore et trouve, adhérent à la face postérieure de l'utérus, sur presque toute sa hauteur, un corps cylindrique, assez dur mais jouissant d'une certaine élasticité, qui ne peut être que du tissu placentaire. Le doigt, très serré par l'orifice interne, ne peut manœuvrer à l'aise et on se rend compte facilement qu'on ne pourra pas arriver, en ce moment, à décoller et à extraire manuellement ce corps étranger. Un essai prudent fait avec la curette montre que l'instrument mord mal sur ce tissu et n'arriverait probablement à en enlever qu'une partie.

Dans ces conditions, on décide de faire un tamponnement utérin à la gaze iodoformée, de façon à maintenir la dilatation déjà acquise et d'introduire, le surlendemain, dans l'utérus, une grosse laminaire qui produira une dilatation plus large et rendra l'intervention plus facile.

Le 19 mai, le tampon idoformé est retiré. La dilatation est restée suffisante pour permettre l'introduction du doigt. De plus le tissu utérin s'est assoupli. Le doigt peut pénétrer facilement jusqu'au fond de la cavité utérine et s'y meut aisément. Il trouve le fragment placentaire décollé dans sa partie inférieure, sur les deux tiers de son insertion, et peut achever le décollement. Mais il est impossible d'entraîner avec le doigt le placenta décollé. Le volume de ce fragment ne lui permet pas de traverser le col en même temps que le doigt. Une pince est alors glissée sur le doigt, saisit le placenta décollé et l'extrait sans difficulté. Ce fragment mesure sept à huit centimètres de long sur deux centimètres d'épaisseur, environ.

Une grande injection intra-utérine antiseptique irrigue largement la cavité utérine.

Les suites de cette intervention ont été absolument normales. La malade a perdu un peu de sang pendant quatre à cinq jours, puis est sortie de l'hôpital en parfait état.

Macroscopiquement, le fragment que nous avons extrait comme il a été dit plus haut ressemble tout à fait à du placenta ; mais le tissu en est plus serré et la consistance plus ferme. L'examen microscopique qui en a été fait par l'un de nous dans le laboratoire du professeur Laguesse a montré, dans toute l'épaisseur du fragment examiné, des villosités choriales envahies par du tissu fibreux. Dans

certains points des préparations, on a trouvé une couche nette de cellules déciduales.

Nous nous sommes donc trouvés en face d'un placenta qui, au cours de sa longue rétention dans l'utérus, a subi les modifications décrites par HARTMANN et TOUPET (1) sous le nom de placenta scléreux.

Un premier fait intéressant dans cette observation, c'est la longue durée de la rétention placentaire. Cette femme, en effet, a avorté le 21 janvier et ce n'est que le 19 mai, quatre mois après l'avortement, que le dernier fragment placentaire a pu être extrait. On a cité des cas où la rétention a été de plus longue durée. Tels les cas de CHALLIER (2), dans lequel le placenta fut retenu quatorze mois, celui de DUGUET (3) où la rétention dura sept mois, ceux de GORET (4) (quatre mois et demi), d'EBSTEIN (5) (quatre mois et demi) et un certain nombre d'autres observations qu'il serait trop long d'énumérer ici.

Les hémorrhagies répétées le suintement sanguin quasi permanent que nous avons noté, se retrouvent dans presque toutes ces observations. Elles ont pu, dans certains cas, alors qu'on méconnaissait la rétention placentaire, faire croire soit à un cancer utérin (DUGUET), soit, plus souvent, à une endométrite hémorrhagique.

Dans l'observation que nous venons de rapporter, le doute n'était guère possible. Les renseignements fournis par le médecin et par la malade faisaient suffisamment soupçonner une rétention placentaire. Le volume anormal de l'utérus et les constatations faites par le toucher utérin apportaient à ce diagnostic une confirmation absolue. Le toucher utérin est, en effet, dans les cas où il y a doute sur la cause de métrorrhagies persistantes après un avortement, le seul moyen de lever tous les doutes et d'affirmer un diagnostic.

En ce qui concerne l'intervention, nous croyons avec presque tous les accoucheurs et gynécologues que le curage digital est la méthode à la fois la plus simple, la plus efficace et la plus sûre. Tout en évitant les risques de perforation que comporte l'emploi de la curette, le doigt permet de se rendre mieux compte du travail accompli et d'explorer plus complètement la cavité utérine.

La seule difficulté qui vient parfois entraver le curage digital, c'est le défaut de perméabilité du col. Mais, sauf dans les cas absolument pressants, on peut recourir à des procédés de dilatation lente qui assouplissent mieux le tissu utérin que les instruments destinés à la dilatation rapide et qui rendent l'intervention plus facile.

Le tamponnement intra-utérin nous a, dans ce cas, rendu un réel service.

(1) *Annales de Gynécologie*, 1895, T. 43, p. 285.
(2) Challier, Th. Paris, 1866.
(3) In Varnier, *Rev. pratique d'Obst. et de Pædiat.*, 1893, p. 101.
(4) Goret, Thèse Paris, 1894.
(5) Ebstein, Thèse Paris, 1872.

Dans un cas urgent, nous n'hésiterions pas, comme cela a été fait par FAGUET (1), à appliquer à l'extraction d'un polype placentaire la section bi-latérale du col si recommandée ces temps derniers par SEGOND pour ouvrir largement la cavité utérine dans l'énucléation des polypes fibreux sous-muqueux.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Un mode de fécondation peu connu, consacré par un arrêt du Parlement de Grenoble du 13 février 1537.

« Vu les pièces prouvant qu'il y a plus de quatre ans que » le dit seigneur d'Aiguemère n'a connu charnellement la dite » dame d'Auvermont ; vu les défenses de ladite dame déclarant que, bien qu'elle n'ait pas connu charnellement son » mari, s'étant imaginé en songe la personne et l'attouchement » dudit sieur d'Aiguemère, elle reçut les mêmes sentiments de » conception et de grossesse qu'elle eût pu recevoir en sa » présence, affirmant, depuis l'absence de son mari pendant » les quatre ans, n'avoir eu aucune compagnie d'homme, et » avoir pourtant conçu et enfanté le dit Emmanuel, ce qu'elle » croit être advenu par la force de son imagination ; vu la » déposition des dames d'Albriche, de Pontrinel, d'Orgeval, » etc., affirmant que tel accident peut arriver aux femmes ; » qu'à elles-mêmes telles choses leur sont advenues et qu'elles » ont conçu des enfants dont elles ont heureusement accouché, lesquels provenaient de certaines conjonctions » imaginaires avec leurs maris absents et non de véritable » copulation ; vu l'attestation des sages-femmes et des médecins ; la Cour ordonne que le dit Emmanuel est et sera » déclaré fils légitime et vrai héritier du dit seigneur d'Aiguemère et condamne les demandeurs à tenir la dite d'Auvermont pour femme de bien et d'honneur. »

(*Sciences médicales*).

Traitement de la goutte.

Un traitement de la goutte qui n'est pas à la portée de tout le monde.

Il a été recommandé par le professeur Lichtemberg, de Gœttingue, à un de ses amis, il y a plus d'un siècle.

« Procure toi le mouchoir d'une vierge de 50 ans qui n'ait jamais pensé au mariage. Lave-le dans le bief du moulin d'une meunerie qui n'ait jamais plâtré sa farine. Laisse-le sécher sur la haie qui entoure le jardin d'un juif sans enfants. Marque-la avec de l'encre prise sur le bureau d'un avocat incapable de plaider une mauvaise cause. Et confie-le à un médecin qui n'ait jamais tué un de ses malades. Que celui-ci t'en frotte le point goutteux qui te fait souffrir, et tu seras guéri... »

MOTS DE LA FIN

Le Docteur X.. s'est converti au spiritisme. Il passe son temps à évoquer des défunts.

— Quoi d'étonnant, dit un de ses confrères, il a bien le droit d'aimer à cause de sa clientèle.

(*Marseille-Médical*).

(1) In OUI. Contribution à l'étude du curettage utérin dans les complications de la rétention placentaire post-abortive. *Ann. de Gynécologie*, 1893, T. 43, p. 159.

NOUVELLES & INFORMATIONS

La **Société de Médecine de Toulouse** fait connaître le programme des prix pour 1903 qu'elle délivrera.

a) Prix J. NAUDIN, de la valeur de 500 francs. — *Tumeurs malignes d'origine congénitale.*

b) Prix de Mme GAUSSAIL, de la valeur de 600. — *Etude botanique, chimique et pharmacologique de l'ergot de seigle.*

c) Prix COUSERAN. — Ce prix, d'une valeur de 500 francs, sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Société *sur la pharmacie ou les sciences accessoires.* — Les auteurs doivent être Français et étudiants en pharmacie, et avoir quatre années de stage officinal, dont deux au moins dans la même officine.

Le programme des prix pour 1904 est le suivant :

Prix de Mme GAUSSAIL, d'une valeur de 600 francs.— *Malformation congénitale des organes génito-urinaires et de l'anus au point de vue chirurgical.*

Les mémoires écrits *lisiblement*, en français, sont seuls admis à concourir ; ils devront être adressés *franco* à M. le Secrétaire général, au siège de la Société (Hôtel d'Assézat-Clémence-Isaure, à Toulouse), *avant le 1er janvier* de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise qui sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur. Les mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient été déjà publiés ou présentés à une Compagnie savante ne seront pas admis à concourir.

Les étudiants en médecine y sont admis.

Le Congrès de Liège a désigné Grenoble comme siège du futur **Congrès international d'Hydrologie, de Climatologie et de Géologie**. Par sa situation exceptionnelle au milieu des Alpes, par le voisinage de nombreuses stations thermales : Aix-les-Bains, Uriage, Allevard, La Motte, Marlioz, Challes, Salins, Brides, etc., etc., le Congrès de Grenoble offrira aux Congressistes toutes les ressources d'études qu'ils sont en droit d'en attendre, en même temps qu'ils trouveront tous les agréments d'une région connue pour la beauté et le pittoresque de ses paysages.

Le Congrès ouvrira le 29 septembre 1902. Les Compagnies de chemins de fer français ont bien voulu accorder aux Membres du Congrès une réduction de prix de 50 0/0.

Le Comité central, siégeant à Paris, est composé de : MM. les docteurs Albert ROBIN, Président ; LEUDET ; FREDET ; DURAND-FARDEL ; MORICE ; DE RANSE ; SÉNAC-LAGRANGE. Le Comité local, siégeant à Grenoble, est composé de : MM. les docteurs Fernand BERLIOZ, Secrétaire général ; KILIAN ; PRIMAT ; PICAUD.

Toutes les communications, demandes d'adhésion, de renseignements, etc., doivent être adressées à M. le docteur Fernand BERLIOZ, Secrétaire général, à l'Ecole de Médecine de Grenoble (Isère, France).

Le prix de la cotisation est de 20 francs ; les membres souscripteurs recevront gratuitement les rapports et comptes-rendus du Congrès.

Les membres du Congrès qui désirent faire des communications sont priés d'en faire connaître le titre, au Secrétaire général, avant le 1er août 1902.

Les membres qui désireront profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par les Compagnies de chemins de fer devront envoyer leur cotisation avant le 10 septembre, dernier terme de rigueur.

Les femmes des Congressistes auront droit à la réduction en payant la cotisation de Membre honoraire qui est de 10 francs.

Le programme porte sur : *A. — Hydrologie scientifique* : 1. Des procédés pratiques d'analyse microbiologique applicables aux eaux minérales ; des conséquences à en tirer au point de vue de l'exploitation, par M. BORDAS ; 2. De l'importance de l'analyse chimique des eaux minérales, complète, au point de vue des matières minérales et organiques pour éclairer la médecine thermale, par M. GARRIGOU ; 3. Quelles doivent être les mesures à prendre pour sauvegarder l'exploitation des eaux thermales et minérales par MM. BOULOUMIE et DESBLEUMORTIERS. — *B. — Hydrologie clinique* : 4. Du traitement hydro-minéral de la phtisie pulmonaire, par MM. LEUDET et SCHLEUMMER ; 5. Du traitement hydro-minéral comparatif des maladies de la peau, par MM. VEYRIÈRES et LEREDDE ; 6. Du traitement hydro-minéral des maladies de l'estomac, par MM. Albert ROBIN et Félix BERNARD ; 7. De l'action préventive des cures hydro-minérales chez l'enfant dans les états constitutionnels, par MM. CARRON DE LA CARRIÈRE, RAY et DURAND-FARDEL. — *C. Climatologie* : 8. Variation des échanges respiratoires sous l'influence de l'altitude, de la chaleur et du froid, par MM. Albert ROBIN et Maurice BINET.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Récompenses accordées aux vaccinateurs pour l'année 1901

Nous sommes heureux de porter à la connaissance de nos lecteurs la liste des récompenses décernées par le **Comité central de Vaccine**, dans sa séance du 2 juillet dernier.

Médaille d'or

Mme ROUSSEL-NEPPER, sage-femme, à Douai.

Médailles de vermeil (1re classe)

Arrondissement d'Avesnes. — Mme MATHIEU, sage-femme, à Hautmont.

Arrondissement de Cambrai. — Mme MARLIÈRE, sage-femme, à Cambrai.

Arrondissement de Douai. — M. HOURIEZ, docteur, à Lallaing.

Arrondissement de Dunkerque. — M. REUMAUX, docteur, à Dunkerque.

Arrondissement d'Hazebrouck. — M. SMAGGHE, docteur, à Hazebrouck.

Arrondissement de Valenciennes. — M. TANCHON, docteur, à Valenciennes.

Arrondissement de Lille. — Mme MARTIN, sage-femme, à Halluin ; M. VINCENT, officier de santé, à Mouvaux ; Mme MARTIN, sage-femme, à Lille ; Mme DESPLANQUE, sage-femme, à Tourcoing.

Médailles de vermeil (2e classe)

Arrondissement d'Avesnes. — Mme CAMON, sage-femme, à Maubeuge.

Arrondissement de Cambrai. — M. TISON, officier de santé, à Avesnes-lez-Aubert.

Arrondissement de Douai. — M. WARTEL, officier de santé, à Nomain.

Arrondissement de Dunkerque. — M. TANCHE, officier de santé, à Armbouts-Cappel.

Arrondissement d'Hazebrouck. — Mme SMAGGE, sage-femme, à Bailleul.

Arrondissement de Valenciennes. — M. VALLÉE, docteur, à Anzin.

Arrondissement de Lille. — Melle DUJARDIN, sage-femme, à Armentières ; Mme DELAHOUSSE, sage-femme, à Tourciong.

Médailles d'argent (1re classe)

Arrondissement d'Avesnes. — Mme FOUCART, sage-femme, à Maubeuge ; Mme LEROY, sage-femme, à Fourmies ; M. LECOCQ, docteur, à Villers-sire-Nicole.

Arrondissement de Cambrai. — M. PLUVINAGE, officier de santé, à Marcoing ; Mme MONFROY, sage-femme, à Le Cateau ; Melle WATREMEZ, sage-femme, à Le Cateau.

Arrondissement de Douai. — M. PLET, docteur, à DECHY ; M. POLLET, docteur, à Douai ; M. LEGRAIN, officier de santé, à Raimbeaucourt.

Arrondissement de Dunkerque. — M. WEMAERE, docteur, à Wormhoudt ; M. DURIAU, docteur à Dunkerque ; M. RICKELYNCK, officier de santé, à Rosendaël ; M. RUYSSEN, docteur à Dunkerque.

Arrondissement d'Hazebrouck. — M. BRUNET, docteur, à Steenberque.

Arrondissement de Valenciennes. — Mme POULLE, sage-femme, à Denain ; Mme LEFEBVRE, sage-femme, à Mortagne ; M. HOUZÉ, docteur à Douchy.

Arrondissement de Lille. — Mme NONBALEZ, sage-femme, à Lille ; M. DESMONS, docteur, à Ronchin ; M. DESCARPENTRIES, officier de santé, à Pérenchies ; M. BRASSARD, interne des hôpitaux ; Mme BEULENS, sage-femme, à Roubaix ; Mme PLANQUE, sage-femme à Armentières ; M. WARTEL, docteur, à Lys-les-Lannoy ; M. DEROUBAIX, docteur à Fretin ; M. DECLERCQ, docteur à Lille ; M. PARMENTIER, docteur, à Lannoy ; M. CHUFFART, docteur à Marquette ; Mme TACK, sage-femme, à Lille.

Médailles d'argent (2e classe)

Arrondissement d'Avesnes. — M. LEBLANC, docteur, à Cartignies ; Mme GUYOT, sage-femme, à Fourmies ; M. SUTTER, docteur, à Glageon ; Mme GONTIER, sage-femme, à Trélon ; Mme DURANT, sage-femme, à Foix.

Arrondissement de Cambrai. — M. RERNARD, docteur, à Viesly ; Mme GOUBET, sage-femme, à Iwuy ; Mme CATHERINE, sage-femme, à Caudry ; Mme LECERF, sage-femme, à Avesnes-lez-Aubert ; M. DEWINGLE, officier de santé, à Saint-Hilaire.

Arrondissement de Douai. — M. DESMOULIN, docteur, à Douai ; M. HÉRIN, docteur, à Féchain.

Arrondissement de Dunkerque. — M. PASCALIN, docteur, à Saint-Pol ; M. NEVEJAN, docteur, à Ghyvelde ; M. HUYGHE, docteur, à Dunkerque ; M. BEYAERT, officier de santé, à Loon-Plage ; M. SANSEN, docteur, à Hondschoote, M. VANHERSECKE, docteur, à Zeggers-Cappel.

Arrondissement d'Hazebrouck. — M. VASSEUR, officier de santé, à Arnèke ; M. DECANTER, officier de santé, à Boeschèpe.

Arrondissement de Valenciennes. — Mme WILBAUX, sage-femme, à BRUAY ; Mme GALAND, sage-femme, à Marquette ; Mme FLÉRECQ, sage-femme, à Raismes ; M. COPIN, docteur, à Lourches : Mme HOLIN, sage-femme, à Bouchain ; M. VIENNE, docteur à Bouchain.

Arrondissement de Lille. — M. PAINBLAN, docteur, à Lille ; M. HENNART, docteur, à Neuville-en-Ferrain ; Mme CAPRON, sage-femme, à Lille ; Mme DESMET, sage-femme, à Roubaix ; Mme DUBREUQUE, sage-femme, à Tourcoing ; Mlle DELOURME, sage-femme, à Wasquehal ; M. JACMARCQ, docteur à Loos ; Mme DENAL, sage-femme, à Lille ; Mme BURETTE, sage-femme, à Houplines ; Mme MAES, sage-femme, à Armentières ; Mme GREMER, sage-femme, à Lille ; M. BIGO, docteur à Haubourdin ; Mme GALLET, sage-femme, à Lille ; Mme CRESSENT, sage-femme, à Lille ; Mme LEMAIRE, sage-femme, à Lille : Mme Lecomte, sage-femme, à Croix ; M. MIZON, docteur, à Lomme ; M. DAUBRESSE, docteur à Carvin (Pas-de-Calais) (1) ; M. DETROY, officier de santé, à Flers ; M. DURASNEL, docteur, à Bondues ; Mme LEPEZ, sage-femme à Haubourdin.

Médailles de bronze

Arrondissement d'Avesnes. — M. CARRET, docteur, à Hautmont : M. MOUTON, docteur, à Maroilles ; Mme GARY, sage-femme à Fourmies ; Mme LEBEAU, sage-femme à Sars-Poteries ; M. DELTOUR, officier de santé, à Cousolre ; Mme SORLIN, sage-femme, à Hautmont.

Arrondessement de Cambrai. — Mme MUGUET, sage-femme, à Paillencourt ; Mme LAFORGE, sage-femme, à Ligny ; Mme MORIAUX, sage-femme, à Saint-Aubert ; Mme BARBIEUX, sage-femme, à Avesnes-lez-Aubert ; Mme ROSELLE, sage-femme, à Iwuy.

Arrondissement de Douai. — Mme DUMONT, sage-femme, à Aubigny-au-Bac ; Mlle LANDAT, sage-femme, à Sin-le-Noble ; M. LADEN, docteur, à Marchiennes ; M. VALLÉE, officier de santé, à Pecquencourt ; M. GUGELOT, docteur, à Waziers ; Mme DEPREUX, sage-femme, à Lambres.

Arrondissement de Dunkerque. — Mme VERMEULEN, sage-femme, à Saint-Pol ; Mme DUMOTIER, sage-femme, à Grand-Fort-Philippe ; M. BREYNAERT, docteur, à Dunkerque ; Mme COUSIN, docteur, à Cassel.

Arrondissement d'Azebrouck. — M. DEGROOTE, docteur, à Steenwoorde ; POTIÉ, docteur, à Vieux-Berquin ; M. HEEM, docteur, à Cassel.

Arrondissement de Valenciennes. — Mme MATHIEU, sage-femme, à Lourches ; Mme MERCIER, sage-femme, à Saint-Saulve ; Mme BOUILLON, sage-femme, à Saint-Amand ; M. DECHERF, docteur, à Wallers ; Mme FACHE, sage-femme, à Hasnon ; Mme DANEULIN, sage-femme, à Saint-Amand.

Arrondissement de Lille. — M. LEFEBVRE, docteur, à Lille ; M. VERHAEGHE, docteur, à Lille ; Melle DEBEYNE, sage-femme, à Roubaix ; M. LORGNIER, externe des hôpitaux ; M.

1. Vaccinations faites dans les communes de Bauvin-Provin.

Toffiart, docteur, à Frelinghiem; M. Druesne, docteur, à Roubaix; M. Dupré, docteur, à Wattrelos; M. Sougniez, docteur, à Lille; Mlle Guilbert, sage femme, à La Bassée; Mme Lanchin, sage-femme, à Tourcoing; Mme Clos, sage-femme, à Lille; M. Duray, docteur, à Marcq-en Barœul; Mme Castelain, sage-femme, à Armentières; Mme Campion, sage-femme, à Tourcoing; M. Tison, docteur, à Templeuve; M. Logie, docteur, à Comines; Mlle Thieffry, sage-femme, à Lille, Mme Destombes, sage-femme, à Tourcoing; Mme Sauvage, sage-femme, à Lille.

Médailles décernées aux instituteurs signalés par le Corps médical pour leur propagande active en faveur de la revaccination.

Médailles d'argent (1re classe)

M. Bonnemaison, instituteur, à Villers-sire-Nicole.

Médailles d'argent (2e classe)

M. Gaudefroy, instituteur, à Solesmes.
M. Dordain, instituteur, à Aubencheul-au-Bac.

Médailles de bronze

M. Longet, instituteur, à Cartignies.
Mlle Brunelle, institutrice, à Cartignies.
Mlle Lagaisse, institutrice, à Grand-Fort-Philippe.

M. le docteur Dezwarte, médecin adjoint à l'asile de Bailleul, vient d'être promu à la classe exceptionnelle du cadre. Nous lui adressons nos bien cordiales félicitations.

Soutenances de Thèse

M. C. Sallerin, pharmacien de 1re classe, chef des travaux de chimie organique, de Douai (Nord), a soutenu, avec grand succès, le mardi 8 juillet 1902, sa thèse pour le doctorat de l'Université de Lille (mention pharmacie) intitulée : **Sur le dosage de l'urée et sur la détermination du coefficient azoturique.**

— M. R.-H. Chevalier, de Sains (Nord), a soutenu, avec succès, le vendredi 11 juillet 1902, sa thèse de doctorat (6e série, no 83), intitulée : **Tumeurs linguales solides d'origine thyroïdienne.**

HOPITAUX ET HOSPICES

Bordeaux. — M. le docteur Guyot a été, après concours, nommé chirurgien adjoint des hôpitaux.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Raïchline Azriel, de Contrexéville.

Pierre Batier et Jean Carrier, étudiants en médecine à Montpellier.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

27e Semaine, du 29 Juin au 5 Juillet 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	5
3 mois à un an	7	6
1 an à 2 ans	1	1
2 à 5 ans	3	1
5 à 10 ans	3	4
10 à 20 ans	1	3
20 à 40 ans	10	10
40 à 60 ans	8	3
60 à 80 ans	9	9
80 ans et au-dessus	»	2
Total	48	44

Répartition des décès par quartier — CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total.
Variole	2	1	1	1	»	2	1	1	1	»	»	10
Rougeole	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	2
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Apoplexie cérébrale	»	2	1	»	2	1	1	»	»	»	»	7
Bronchite et pneumonie	»	2	»	1	»	1	2	»	1	»	»	7
Maladies organiques du cœur	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	1	1	6	1	»	1	»	1	1	»	»	12
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire	»	1	2	2	»	3	1	1	3	»	»	13
Méningite tuberculeuse	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Autres tuberculoses	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Suicide	»	1	1	»	»	»	»	1	»	1	»	4
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	1	5	7	4	1	4	4	1	2	»	»	29
TOTAL des DÉCÈS	5	16	18	11	3	14	9	5	10	1	»	92
NAISSANCES par Quartier	3	19	18	25	6	13	8	5	17	1	6	121

Nº 288. Sixième Année. Nº 29. Le Numéro : 10 centimes. 20 Juillet 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale de l'Hôpital de la Charité

Sur un cas de luxation du semi-lunaire

par M. le professeur **Dubar**
(Leçon recueillie par **Maurice Leroy**, interne des Hôpitaux).

Messieurs,

Il m'a été donné d'observer dans ma clientèle privée un cas de luxation en avant du semi-lunaire droit, sur lequel je désire appeler votre attention. Il s'agit, en effet, d'une affection assez rare, difficile à diagnostiquer, d'un mécanisme simple, intéressante aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique.

Le sujet dont j'ai eu a m'occuper est un homme de cinquante ans environ, de très robuste complexion. Cet homme, au cours d'une manœuvre d'automobile, lâcha la manivelle d'avant qu'il remontait d'une façon exagérée et dont il ne pouvait plus vaincre la résistance. Immédiatement cette manivelle revint sur elle-même et frappa la paume de la main droite du blessé un peu au-dessous du poignet. Celui-ci fut, en raison de l'extrême violence du choc, porté en hyperextension.

On posa à ce moment le diagnostic d'entorse du poignet, diagnostic que le gonflement et la douleur rendaient plausibles. On appliqua des compresses résolutives, on fit quelques séances de massage, mais ce traitement n'apporta pas de soulagement suffisant et surtout ne rendit pas au poignet sa souplesse antérieure.

Après six ou sept semaines le blessé, inquiet et quelque peu découragé, vint me consulter.

Au jour de mon examen, je constate que le gonflement a disparu sur les parties latérales du poignet, mais qu'il existe sur la région médiane de la face antérieure une saillie assez volumineuse, très nette et très dure de chaque côté de laquelle on remarque une petite dépression.

La face dorsale du poignet paraît normale.

Au point de vue fonctionnel, je trouve que les mouvements de pronation et de supination sont relativement faciles, mais que la flexion et les mouvements de latéralité sont difficiles, très douloureux et s'accompagnent parfois de gros craquements qui n'ont aucune analogie avec la crépitation habituellement observée au niveau des fractures. Le radius et le cubitus sont d'ailleurs intacts à leur partie inférieure.

il n'y a pas de déformation en dos de fourchette, l'axe de l'avant-bras se continue directement avec ceux du poignet et de la main et les apophyses styloïdes ont conservé leurs rapports normaux.

La saillie anormale siège un peu au-dessous d'une ligne réunissant l'apophyse styloïde du radius à celle du cubitus, ce qui m'amène à penser que c'est au niveau de la première rangée du carpe qu'a pris naissance le désordre anatomique, cause de la déformation observée.

Et selon toute vraisemblance cette saillie me paraissait due à la présence d'un os luxé.

Or, nous savons que dans le déplacement des os de la première rangée du carpe, c'est en général le semi-lunaire qui se luxe.

Dans un travail paru en 1899, dans la *Presse Médicale* (1), mon ancien chef de clinique, M. le docteur Potel, a fait une étude intéressante de ces luxations. M. le professeur Berger en a présenté à la Société de chirurgie en 1897 et en 1899 des cas fort curieux. Depuis lors, différents travaux ont paru en Allemagne sous les noms d'Eidenbrodt, Staffel, etc.

De ces diverses études, il résulte que les luxations du semi-lunaire sont beaucoup plus fréquentes que celle des autres os du carpe. Il était donc logique de songer à une luxation du semi-lunaire en avant.



Figure 1

La radiographie me paraissant le plus sûr moyen de contrôler mon diagnostic, j'ai prié M. le professeur agrégé Bédart, de radiographier mon blessé. Des épreuves de face et de profil furent prises sur les deux poignets, ce qui permit l'étude comparative de la région déformée.

Sur la radiographie de la main droite prise de face. (fig. 1), vous pouvez voir que le semi-lunaire projette une ombre conique très nette sur le grand os, que le scaphoïde, plus ou moins écrasé, paraît plus rap-

(1) Potel. — *Etude sur les luxations du scaphoïde et du semi-lunaire*, Presse médicale, 18 janvier 1899.

proché de la ligne médiane que son congénère du côté gauche, enfin que le pyramidal est reporté en dedans, qu'il est presque vertical et projette sur le grand os une ombre très marquée et qu'il n'a par conséquent pas conservé l'inclinaison normale facile à observer sur la radiographie du côté gauche.

L'ensemble du poignet est déformé et cette déformation est en rapport avec le déplacement de ces divers os.

La radiographie prise de profil (fig.2) est également

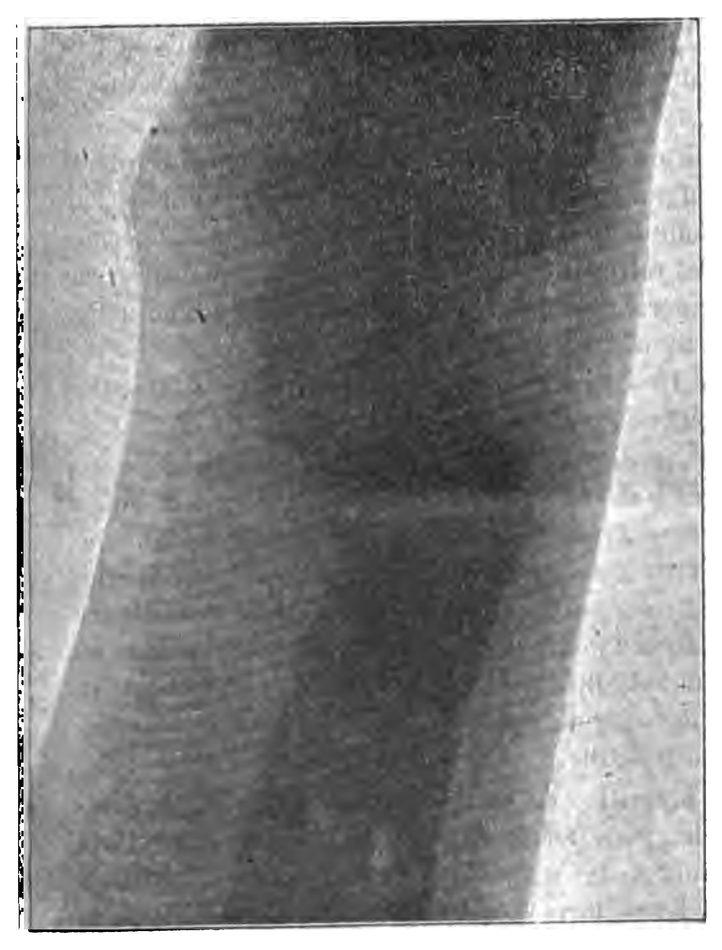


Figure 2

très instructive. On y voit que le semi-lunaire a passé en avant des autres os de sa rangée et que, de plus, il s'est retourné, dirigeant en avant la facette concave qui, normalement, est en rapport avec le grand os. Le pyramidal s'est placé verticalement et s'est rapproché du grand os.

Il résulte de cette étude radiographique que j'étais bien en présence d'une luxation du semi-lunaire en avant et qu'il y a, de plus, rapprochement du scaphoïde et du pyramidal dans l'espace laissé libre par l'os déplacé.

Comme lésions complémentaires, la radiographie montre que, du côté droit, l'apophyse styloïde du radius est moins nette que celle de gauche et qu'il y a eu arrachement ligamenteux de quelques parcelles de cet os. Le scaphoïde et le trapèze sont également moins nets du côté malade. Il y a donc une sorte d'écrasement de toute la région du poignet.

La lésion étant ainsi nettement déterminée, il convient de rechercher par quel mécanisme elle a pu prendre naissance. Lors de l'accident qui a amené l'hyperextension de l'article, le semi-lunaire solidement maintenu latéralement par la résistance du scaphoïde et du pyramidal, s'est trouvé enserré très fortement entre la facette articulaire du radius et le grand os. Il est bien évident que dans ces conditions il ne pouvait s'échapper qu'en avant, aussi s'est-il énucléé à travers le ligament radio-carpien antérieur, qui a dû céder à la façon d'un noyau de cerise pressé entre les doigts.

Que faire en présence d'un cas de ce genre? Doit-on ou non intervenir chirurgicalement?

Il est bien certain tout d'abord qu'il ne faut pas songer après deux mois environ, à tenter la réduction en replaçant le poignet en hyperextension et en cherchant par une pression plus ou moins énergique, à faire reprendre au semi-lunaire la place qu'il a quittée.

Enlever l'os déplacé est une opération rationnelle, mais délicate, en raison des particularités anatomiques de la région et je pense qu'il est prudent avant de s'y résoudre, d'épuiser toutes les ressources du traitement médical. C'est pourquoi je me contenterai provisoirement du massage, de la mobilisation qu'il sera peut-être nécessaire de pratiquer après anesthésie — au besoin je conseillerai à mon client un séjour prolongé dans une station sulfureuse.

Ce n'est que lorsque j'aurais constaté l'insuffisance de ces moyens que je me résoudrai à proposer l'intervention sanglante et l'extirpation du semi-lunaire luxé.

Cette intervention est justifiée par les résultats obtenus par différents auteurs et par nous-mêmes, dans un cas que nous avons observé il y a quelques années. Le résultat fonctionnel varie d'ailleurs suivant les cas ou plutôt suivant l'intensité plus ou moins considérable des dégâts apportés dans les rapports anatomiques des divers os du carpe.

Le Pavillon des Tuberculeux à l'Hôpital de la Charité

(Décembre 1900 — Avril 1902)

Par le docteur **Deléarde**, agrégé, chef du Laboratoire des Cliniques

En juillet 1901, j'ai fait connaître dans ce journal l'installation et le fonctionnement du service des tuberculeux au Pavillon spécial de l'Hôpital de la Charité depuis l'ouverture en décembre 1900, jusqu'au mois de juillet 1901. Pendant ces quelques mois 25 malades furent admis dans le service et un certain nombre d'entre eux retirèrent de leur séjour sinon une guérison, du moins une amélioration telle qu'ils purent reprendre leur travail interrompu pour cause de maladie. Les résultats étaient encourageants puisque 13 tuberculeux sur 25 figuraient dans la catégorie des guéris et des améliorés.

Je faisais ressortir dans mon premier article les difficultés de recrutement des tuberculeux curables ; presque tous les ouvriers atteints de cette affection ne songent en effet à se soigner que lorsque les progrès de la maladie joints à l'hygiène défectueuse des habitations et des ateliers, ainsi qu'aux désordres organiques causés par l'alcoolisme les ont amenés à la deuxième et plus souvent à la troisième période de la tuberculose. Il est rare, sinon impossible, de constater la guérison durable chez de pareils malades. L'amélioration à la suite d'un séjour au Pavillon où le malade jouit du repos, du grand air, de la suralimentation, ne persiste pas longtemps, et au bout de quelques mois, parfois de quelques semaines, le tuberculeux nous revient plus fatigué et plus malade. On perd ainsi tout le bénéfice gagné péniblement.

Malgré ces défectuosités j'ai pu recueillir un certain nombre d'observations de tuberculeux, au début de la deuxième période de l'infection bacillaire, que je considère comme guéris et dont nous verrons plus loin l'histoire clinique.

Le fonctionnement intérieur du Pavillon n'a pas changé. Grâce aux mêmes libéralités je suis arrivé à procurer aux malades quelques douceurs et si quelques esprits mal intentionnés n'ont pas apprécié ces bienfaits et ont répondu par l'ingratitude et la médisance à nos efforts pour les soulager, il faut leur pardonner et mettre sur le compte de la gravité de leur état des récriminations et des accusations aussi injustes qu'imméritées.

M'étant bien trouvé du traitement médicamenteux que j'ai exposé dans l'article cité plus haut, je n'y fais aucune modification. Je signalerai seulement les excellents effets obtenus contre la fièvre par les frictions à l'alcool camphré et les applications, sur la poitrine et le dos, de compresses trempées dans cette préparation. Ce n'est pas la fièvre hectique qui est curable par ce procédé, mais celle qui survient à heure fixe et qui est causée par les poussées congestives ou les toxines du bacille tuberculeux, c'est la fièvre dite de tuberculisation.

Je me propose de publier cette année les résultats obtenus depuis l'ouverture du Pavillon en décembre 1900 jusqu'en avril 1902, c'est-à-dire jusqu'à sa fermeture, puisque devant l'épidémie de variole les tuberculeux ont dû laisser la place aux varioleux.

Durant cette période les malades dignes d'intérêt ont été suivis même après leur sortie du Pavillon. J'ai eu soin de prendre les informations qui m'ont permis de les retrouver. Ceux que je range dans la catégorie des guéris n'ont pas cessé le travail à l'heure actuelle. Ils ont perdu un peu de poids, ce qui est inévitable, mais ils ont conservé l'état local et général qu'ils avaient acquis pendant leur séjour.

La statistique repose sur tous les malades passés au Pavillon. Il est très important de faire remarquer que *tous* avaient des bacilles tuberculeux dans les crachats. *Tous* avaient donc une tuberculose ouverte ; le traitement a commencé lorsque l'infection bacillaire était au deuxième degré. C'est une preuve de plus en faveur de la difficulté du recrutement des tuberculeux curables parmi les ouvriers. Quiconque se butera à même difficulté.

La première période de la tuberculose passe inaperçue chez l'ouvrier. Il attribue à toute autre cause qu'à la tuberculose les malaises si nombreux et si variables dans leurs formes qui annoncent l'invasion de la maladie. Il ne pense à se faire examiner par un médecin que lorsqu'il tousse, qu'il crache et qu'à bout de forces il ne peut plus travailler. Il en a toujours été ainsi et personne ne pourra modifier cette situation défavorable à la cure de la tuberculose, tant que les idées de contagion et de prophylaxie n'auront pas pénétré dans la masse du peuple.

Malgré cela les chiffres que nous donnons plus loin indiquent qu'il est encore possible de guérir certains malades, mais la durée du traitement est plus longue, les chances de guérison moins nombreuses à cause des récidives faciles.

Les 64 malades soignés au Pavillon sont rangés en 4 catégories.

1° Guéris	ils sont au nombre de		11
2° Améliorés	»	»	12
3° Etat stationnaire.	»	»	24
4° Aggravés et morts	»	»	17

I. **Guéris.** — Dans cette catégorie sont classés 11 malades ayant quitté le Pavillon depuis un certain temps. Nous les avons revus depuis leur sortie. Ils ont repris intégralement leur travail. Les signes locaux de la tuberculose ont disparu ou se sont atténués, l'état général s'est maintenu excellent. Leur expectoration est indemne de bacilles.

Voici, résumées en quelques mots, leurs observations.

1° Dery..., 28 ans, marchand des quatre-saisons, entré le 11 juin 1901, sorti le 21 janvier 1902, tuberlose du 2e degré aux deux sommets ; a fait une pneumonie en août 1901.

Le malade habite Lille. Il est actuellement marchand de légumes dans le quartier de Moulins-Lille.

2° Warn..., Liévin, 16 ans 1/2, encadreur, entré le 30 août 1901, sorti le 27 novembre 1901. Son observation a été publiée en détail dans un article sur l'emphysème et la tuberculose pulmonaire (*Bulletin médical*, avril 1902). Il a repris son travail, il est actuellement ouvrier à Lille.

3° Leco..., Désiré, journalier, 20 ans, entré le 6 décembre 1900, sorti le 3 juin 1901. Etait atteint de bronchite chronique avec tuberculose du sommet droit. Les crachats, qui renfermaient de nombreux bacilles, n'en contiennent plus ; mais il a conservé de la bronchite et de l'emphysème. Il est garçon de courses dans une laiterie de Lille.

4° Coup..., Louis, 24 ans, employé de banque, entré le 2 octobre 1901, sorti le 30 octobre 1901. Le malade avait de rares bacilles dans les crachats, l'expectoration était très peu abondante Actuellement il ne crache plus et est employé dans une banque de Lille. C'est le seul malade que nous ayons vu à l'extrême début du deuxième degré de la tuberculose. Comme son travail de bureau n'était pas pénible, il a demandé à quitter le pavillon assez rapidement.

5° Sauv..., Paul, 45 ans, pelotonneur, entré le 18 mai 1901, sorti le 20 août 1901. Porte un rétrécissement mitral post-rhumatismal. Il travaille sans interruption, depuis sa sortie, chez M. Crespel, filateur à Lille.

6° Lamb..., Daniel, 20 ans, boulanger. Tuberculose peu avancée du sommet droit avec quelques crachats matinaux renfermant de rares bacilles.

Entré le 4 juin, il sort, sur sa demande, le 4 juillet 1901 et travaille à son métier depuis lors sans éprouver la moindre fatigue. Il ne crache plus.

7° Lel... Gustave, 21 ans, ajusteur. Tuberculose du deuxième degré du sommet droit, entré le 6 février 1901, prend les fonctions d'infirmier à la date du 10 juin, et rentre comme malade le 20 juillet pour sortir définitivement le 6 septembre ; a travaillé chez un fondeur de Moulins-Lille jusqu'en février 1902 et a changé d'établissement à la suite d'une discussion.

8° De Kne..., Auguste, 34 ans, terrassier. Entré le 9 janvier 1902, sorti le 6 mars. Tuberculose du deuxième degré, mais très localisée au sommet droit. Le malade a fait de rapides progrès vers la guérison grâce à son excellent appétit. Il est actuellement briquetier dans les environs de Lille.

9° Vanalb..., 26 ans, tisserand. Entré le 18 août 1901, sorti le 1er octobre 1901. Deuxième séjour du 5 février 1902 au 15 avril 1902. A travaillé sans interruption entre le premier et le deuxième séjour, mais il rentre parce qu'il se sent fatigué. Il ne crache plus, travaille actuellement chez M. Courmont, filateur à Lille.

10° Pet..., Louis, 18 ans, jardinier, entré le 27 novembre 1901, sorti le 23 avril 1902. Tuberculose du deuxième degré au sommet droit, ne crache plus, travaille comme jardinier à la banlieue d'Esquermes.

11° Bur..., Désiré, 20 ans, maçon. Entré le 15 février 1901, sorti le 2 mai 1901. A eu comme symptôme de tuberculose une seule hémoptysie avec congestion du sommet gauche, très rares bacilles dans les crachats. Etait, en février 1902, manœuvre de maçon à Lille. Depuis cette date je n'ai pas revu le malade.

Voilà donc onze malades que j'ai revus depuis leur sortie. Ils ont perdu, en se remettant au travail, quelque peu de leur poids, ce qui était inévitable, mais, détail important, les crachats, examinés à plusieurs reprises, ne renfermaient plus de bacilles tuberculeux. Je crois donc pouvoir les considérer comme guéris.

Ces onze cas, donnent un pourcentage de 17,18 0/0.

II. **Améliorés.** — Ils sont au nombre de douze, soit 18,75 0/0. Je range dans cette catégorie plusieurs malades sortis en excellent état, mais dont je n'ai pu avoir de nouvelles. D'autres, bien que crachant encore, ont repris le travail et ne l'ont pas cessé depuis plusieurs mois. Dans une statistique de 1901 il y avait onze malades que je considérais comme améliorés, trois d'entre eux étaient alors en cours de traitement et figurent cette année parmi les guéris.

III. **Etat stationnaire.** — Ils sont au nombre de vingt-quatre, soit 37,50 %. Ce sont les plus nombreux, car ils représentent, pris séparément, l'état ordinaire dans lequel les tuberculeux se présentent à l'hôpital. Il n'y avait rien à espérer de pareils malades à cause de l'état avancé de leurs lésions. Quelques semaines

de repos les soulagent et leur permettent de reprendre le travail qu'ils cessent au bout d'un temps plus ou moins éloigné. Ce sont les tuberculeux les plus dangereux, car leurs crachats pullulent de bacilles.

IV. **Aggravés et morts.** — Ils sont au nombre de dix-sept, soit 26,56 0/0, dont quatre décédés au Pavillon et neuf dans leur famille ou dans une salle de l'hôpital.

J'ai évité autant que possible de recevoir des tuberculeux à la dernière période, car j'ai toujours considéré le Pavillon non pas comme un service où tous les tuberculeux chroniques et incurables devaient y venir terminer leur existence, mais comme un endroit où les malades au début de leur affection pouvaient y trouver une amélioration sérieuse, voire même une guérison,

Tandis que le séjour dans une salle d'hôpital n'est plus préjudiciable à un caverneux ou à un cachectique, il l'est au contraire à un individu encore vigoureux et à la période de début de l'infection tuberculeuse; ce sont ces derniers malades qu'il faut secourir puisque l'on peut encore, dans certains cas, les arracher à une mort certaine. C'est pour eux que l'on se propose d'édifier de grands sanatoria.

Les résultats obtenus au Pavillon des tuberculeux montrent bien l'utilité de maintenir ce service. Les soins que l'on donne aux quatorze malades qui peuvent y être admis amènent la guérison dans un nombre respectable de cas, si l'on considère la gravité de la tuberculose chez les ouvriers et la période tardive à laquelle ils se décident à se soumettre à un traitement suivi.

J'estime que les résultats seraient encore meilleurs chez les femmes. Combien de jeunes filles soignées pour chloro-anémie tuberculeuse dans les salles d'hôpital tireraient profit d'un séjour dans un service d'isolement bien aéré ? Moins résistantes que les hommes, les femmes réclament des soins à un moment où la tuberculose, n'ayant pas fait de progrès trop considérables, est encore curable.

L'Administration des Hospices se décidera-t-elle à ouvrir un service pour les hommes et pour les femmes ? J'espère avoir apporté des arguments assez sérieux pour entraîner sa conviction. Ce serait la seule façon pour elle d'intervenir d'une manière sérieuse et humanitaire dans la lutte contre la tuberculose.

Observation de folie syphilitique guérie

Par les docteurs

P. Kéraval, Directeur-médecin de l'asile d'Armentières ET P. Caudron, interne de service.

Le terme générique de *folie syphilitique tertiaire* est le seul qui, à notre avis, convienne au cas que allons décrire, parce que nous ne savons rien de son mécanisme.

Le 12 octobre 1900, est amené à l'asile M. Vanst. . P. J.-B. ; né le 16 mai 1868, il est marié et exerce la profession de cordonnier. On ne fournit aucun renseignement sur ses antécédents personnels et héréditaires. On signale simplement qu'il donne des signes de folie depuis deux mois, qu'il ne travaille plus depuis le 15 septembre, que, chez lui, il perdait la mémoire, tenait des propos incohérents. Puis tout-à-coup il serait devenu violent, aurait parlé de tuer sa femme et aurait tenté de jeter son enfant par la fenêtre. A son arrivée, il est très excité, prononce des mots sans suite, tels que « Jeanne d'Arc, la colombe, lumière, etc. ». Il a des hallucinations visuelles et auditives, croit voir sa femme devant lui, lui parle et se répond à lui-même aux questions qu'il a posées à celle-ci. Il est impossible de fixer un certain temps son attention. Il dit bien son nom, son âge, la date de sa naissance, sa profession, mais tout aussitôt, il recommence ses incohérences. La mémoire est profondément troublée, il ignore où il est, mais semble avoir conservé la notion du temps.

L'état physique est médiocre. Il porte une escarre sacrée ainsi qu'une plaie au niveau de l'aisselle droite due, sans nul doute, à la constriction exercée par la camisole de force qu'on lui a mise. On est obligé de l'aliter.

On constate des signes physiques de dégénérescence, mais il n'y a ni athérome, ni tremblements.

Dire qu'il est atteint d'agitation maniaque sans fièvre, accompagnée d'extrême confusion intellectuelle, d'hallucinations, de déchéance matérielle, qu'on a dû le mettre au lit et que le pronostic est des plus sombres, c'est résumer ce qui précède et manifester la crainte de lésions cérébrales spéciales, peut-être de nature paralytique. C'est en ces termes que fut conçu le certificat de vingt-quatre heures. L'alcoolisme semblait hors de cause. On ne constatait pas de symptômes de lésions en foyers

L'administration du chloral demeure inactive et le 15 octobre, il est excessivement agité. Le 16, il est plus calme, mais très affaibli, bredouille, tremble en parlant, ce qui nous fait de plus en plus redouter de graves lésions du cerveau. On lui prescrit des toniques.

Le 17, il est fort excité. On continue l'administration de chloral, 2 grammes, et on y ajoute 1 gramme d'iodure de potassium, des frictions à l'onguent mercuriel double et des piqûres de morphine. L'agitation, l'inconscience, l'incohérence subsistent le 18 : on insiste sur le traitement antisyphilitique.

Le 26, on a obtenu une grande amélioration, mais l'état général est très faible et le malade est quelque peu dévoyé. On a pu le lever : il demande à travailler, son attention est plus soutenue. mais il est notablement incohérent et semi-délirant par instants; il se dit. par exemple, excellent chanteur. C'est ce jour-là qu'on apprend péremptoirement qu'il a eu la syphilis il y a quelques années, qu'il porte des traces de gommes syphilitiques aux poignets et aux coudes. L'escarre sacrée est guérie.

Le 27, il est si excité, qu'il faut l'aliter de nouveau.

Le 1[er] novembre il est moins excité ; on supprime morphine et chloral. Les frictions mercurielles quotidiennes sont maintenues.

Le 5 novembre la sédation persiste, mais Vans . . s'affaiblit et il existe de la stomatite mercurielle : on suspend les onctions, tandis que l'on porte l'iodure de potassion à 1 gramme 50 centigrammes.

Le 8, iodure 2 grammes. Malade toujours alité, calme.

Le 19, iodure 3 grammes. Il est loquace et, comme les gommes des poignets et des coudes reprennent de plus belle, on recommence les onctions mercurielles, d'autant que Vans... fait tomber tous les pansements.

Le 3 décembre, se développe un abcès de la tête qui laisse à nu une cupule d'ostéite syphilitique du diamètre d'une pièce de cinquante centimes au niveau de la portion médiane de la suture fronto-pariétale : un pus très lié assez abondant s'en est écoulé. On a procédé à son ouverture.

Le 6 décembre, le patient, plutôt nerveux qu'excité, enlevant tous ses pansements et tripotant sa plaie, il s'est effectué une vaste lymphangite. Elle occupe le côté droit de la tête et passe, par l'intermédiaire des lymphatiques frontaux superficiels de la ligne médiane, à la racine du nez, à la paupière supérieure, à la paupière inférieure du même côté, à la région malaire droite. On craint de la dacryocystite. L'état général est très précaire : la mort est attendue d'un moment à l'autre. Les onctions mercurielles et l'iodure à la dose de trois grammes sont continués.

Le 7 décembre, on fait les premières injections intra-musculaires de deux centigrammes par jour de sublimé ainsi préparé :

Sublimé corrosif.....	0 gr. 20 centigr.
Eau distillée.........	70 grammes
Glycérine.............	30 grammes

On se sert de la seringue de Le Pileur.

Le malade est très faible et se retourne constamment dans son lit, mais sans dire grand'chose.

Le 10 décembre, excitation, chants, état physique mauvais. La paupière supérieure droite, œdématiée, retombe inerte sur l'œil fermé.

A partir du 12, deux centigrammes par jour de sublimé en injections comme suprà, deux séances de pulvérisations phéniquées, trois grammes d'iodure, le gonflement de la paupière étant demeuré stationnaire.

Le 16 décembre, il existe du pus sous la paupière supérieure, on ne l'évacue pas. Les lésions syphilitiques des poignets sont en voie de guérison, celles des coudes également : il en est de même des lésions crâniennes. Au point de vue mental, Vans .., a récupéré ses facultés de coordination et sa connaissance, mais il s'excite facilement.

24 décembre. — Les injections intra-musculaires de sublimé n'ont subi aucune interruption, elles ont été pratiquées sans aucun inconvénient. Il ne s'est effectué nulle trace de gingivite, nul accident d'intoxication hydrargyrique. L'état physique s'est amélioré définitivement. La plaie de la tête s'est fermée, la paupière supérieure droite a diminué de volume tout en restant rougeâtre, la lymphangite médio-frontale, tout en persistant, s'est atténuée. Les gommes des poignets et des coudes sont en voie de guérison. Or. pas plus que par le passé, le malade n'a laissé en place de pansements.

Actuellement, Vans... cause raisonnablement. Il raconte qu'il a été infecté à l'âge de 21 ans et montre la place du chancre au niveau du frein détruit. Un peu excitable encore, il se rend compte de l'endroit où il se trouve et comprend qu'il a été fou.

L'ostéite crânienne semble avoir été radicalement guérie, car on ne sent pas de dépression à ce niveau.

L'examen des réflexes fournit les résultats suivants. Le réflexe cornéen, aboli à l'œil droit, est diminué à l'œil gauche. Le réflexe laryngé est diminué. Le signe de Biernasky semble exister, mais il est faible. Le réflexe rotulien est augmenté des deux côtés. Les réflexes plantaires, abdominaux, crémastériens, sont normaux.

Le 30 décembre, l'amélioration a progressé. Le patient est cependant encore excité. Les injections sont continuées.

Le 2 janvier 1901, l'état mental et physique est satisfaisant. On supprime les injections mercurielles. On a injecté jusqu'ici 0 gr. 50 centigr. On continue 3 grammes d'iodure de potassium.

Le 5 janvier tout va bien, sauf la santé générale. Le phlegmon céphalique paraît devoir récidiver. A l'endroit où s'était manifesté la cupule d'ostéite pointe un nouveau foyer purulent.

Le 24 janvier, on en a été quitte pour la peur. Seulement l'état physique est piètre, malgré l'iodure de potassium. Des signes de lésions pulmonaires tuberculeuses, des douleurs rhumatoïdes avec gonflement articulaire assombrissent le présent. On a recours à la créosote à l'intérieur.

Le 30 janvier, l'amélioration matérielle est considérable. On n'a pas fait d'injections mercurielles. L'état mental est bon.

Dans les jours qui suivent, on croit devoir injecter un centigr. de sublimé, à cause de la recrudescence de la tuméfaction des articulations. L'effet est excellent.

Le 7 février, Vans... a de la diarrhée, s'affaiblit notablement. On le met au régime lacté, au riz, au bismuth. Le régime précédent a décidément remonté la santé générale. Tout le mois de mars s'est écoulé dans un parfait état de santé. Il s'agissait sans doute d'altérations syphiliques viscérales et articulaires. Il ne s'est pas montré de perturbations intellectuelles.

Le 18 avril Vans. . sort guéri. Il n'est pas revenu.

Cette observation met surtout en évidence les accidents tertiaires de la syphilis constitutionnelle disséminée, l'irritation de ce fait des fonctions générales et intellectuelles du cerveau sans formation apparente de foyers, l'action décisive du sublimé en injections intra-musculaires sans autres précautions particulières, les poussées viscérales et articulaires des mêmes processus cédant encore à l'agent mercuriel introduit par le même procédé. Les petites gommes méningées diffuses sont, en pareils cas, les produits les plus probables de la syphilis auxquels on puisse rattacher le complexus symptomatique neuropsychique.

Consultations Médico-Chirurgicales

Délivrance post-abortive

Docteur M. Oui.

INFORMATIONS CLINIQUES. — Une femme vient d'avorter. Ou bien l'avortement a eu lieu en un temps, l'œuf a été expulsé tout entier « en bloc ». Dans ce cas, avortement et délivrance se confondent. Mais, dans le plus grand nombre des cas, le fœtus, seul, a été expulsé ; l'arrière-faix séjourne encore dans l'utérus pendant un temps variable, de quelques minutes à plusieurs jours. Il y a, alors, une délivrance distincte, c'est le seul cas que nous ayons à envisager.

Si vous avez suivi l'avortement depuis son début, vous pouvez être certain par l'examen des caillots expulsés, que le placenta est resté dans la cavité utérine. Si vous êtes appelé, — c'est chose fréquente —, après l'expulsion du fœtus, si vous vous trouvez dans l'impossibilité d'examiner les caillots que l'entourage jette trop souvent sans attendre le médecin, le doute peut subsister dans votre esprit sur la question de savoir si la délivrance est faite

Recommandez alors à l'entourage ou à la garde de ne rien jeter de ce qui sera expulsé des organes génitaux. Faites garder les caillots et examinez-les vous-même, de façon à être assuré que le placenta ne passera pas inaperçu.

Si l'utérus reste gros et le col perméable, s'il persiste un suintement sanguin, coupé, de temps en temps, de pertes plus abondantes, vous avez toutes raisons de croire à une rétention placentaire.

Si, au contraire, l'utérus diminue rapidement de volume, si le col se referme, s'il n'y a plus écoulement de sang, il est très probable que le placenta a été expulsé, bien qu'il ait passé inaperçu.

CONDUITE A TENIR. — Rappelez-vous que ce qui est le plus favorable pour la femme est la délivrance spontanée, laquelle, d'ailleurs, se produit, dans la très grande majorité des cas, dans les quelques heures qui suivent l'expulsion du fœtus.

A. — Le fœtus a été expulsé vivant ou frais; il ne survient aucune complication. — a) Si le fœtus a été expulsé vivant ou frais, s'il ne survient aucune complication, **gardez-vous d'intervenir**. Contentez-vous de surveiller la femme en lui administrant des **injections vaginales antiseptiques à 50°**. Outre l'avantage de prévenir les accidents infectieux, ces injections exciteront les contractions utérines, hâteront, par conséquent, le décollement et l'expulsion du placenta, dont l'utérus se débarrassera habituellement tout seul dans le délai de vingt-quatre heures.

b) Si le placenta reste plus longtemps dans l'utérus, et à la condition formelle qu'aucune complication ne se produise, patientez encore : la délivrance spontanée est la règle après l'avortement. **Gardez-vous bien, surtout, d'administrer de l'ergot de seigle.** Vous emprisonneriez le placenta dans l'utérus et, si des complications se produisaient, elles seraient considérablement aggravées par les difficultés que vous éprouveriez à intervenir.

B. — Le fœtus a été expulsé mort et macéré. — Si le fœtus a été expulsé mort et macéré, l'expectation serait extrêmement imprudente. Dans ce cas, en effet, les accidents infectieux se produisent beaucoup plus souvent, avec une rapidité plus grande et ils sont généralement plus graves. **L'extraction immédiate du placenta** s'impose. Nous verrons plus loin comment elle doit être pratiquée.

C. — Il survient des complications. — Tant que le placenta reste adhérent en totalité à l'utérus, il ne survient habituellement aucun accident ; mais quand il est décollé partiellement, deux complications peuvent se produire : 1° l'hémorrhagie; 2° l'infection.

Hémorrhagie. — a) *On a un aide.* Le seul remède, certainement efficace contre l'hémorrhagie, c'est l'extraction du placenta. L'utérus, une fois vide, reviendra complètement sur lui-même et assurera son hémostase. Donc, si la femme perd du sang de façon inquiétante, n'hésitez pas à pratiquer la **délivrance artificielle**. Mais, pour mener à bien cette intervention, il vous faut un aide, car vous devrez avoir recours à l'anesthésie. Or, une hémorrhagie n'attend pas et, le plus souvent, vous êtes obligé d'intervenir sur l'heure.

b) *On n'a pas d'aide.* — Si vous n'avez pas d'aide, vous pourrez pratiquer le **tamponnement utérin**, qui vous donnera le temps d'attendre.

Saisissez le col avec une pince de Museux, puis, avec toutes les précautions antiseptiques, portez avec une longue pince jusqu'au fond de l'utérus une lanière de gaze iodo-

formée. Bourrez ainsi l'utérus en y tassant fortement la gaze, puis, lorsque la cavité utérine sera remplie, comblez le vagin. Le tampon ainsi fait fera l'hémostase par compression directe sur les vaisseaux ouverts. Il aura l'avantage de provoquer des contractions utérines parfois assez intenses pour que, en enlevant le tampon, vous trouviez souvent derrière lui le placenta décollé et qu'il ne vous reste plus qu'à le cueillir.

Mieux encore, si vous l'avez en votre possession, introduisez dans l'utérus un **ballon de Champetier de Ribes** qui fera, tout aussi vite et tout aussi bien le tamponnement utérin et qui vous ouvrira, én quelques heures, une large voie pour la délivrance manuelle.

Infection. — L'intervention est, dans le cas d'infection, aussi urgente que dans l'hémorragie. Chez toute femme dont le placenta est retenu, dès que l'on constate de la fétidité des lochies ou si la température s'élève, même légèrement, **il faut intervenir sans tarder**. Ne perdez pas votre temps à faire des injections intrautérines, tout à fait insuffisantes en l'espèce; videz l'utérus le plus tôt possible.

Comment on doit vider l'utérus. — Que vous interveniez pour une hémorrhagie ou pour des accidents septiques, la façon de procéder est la même.

Et, d'abord, **le meilleur instrument est la main**, plus souple, plus habile, rendant mieux compte du travail accompli que ne le fait la curette et ne risquant pas, comme celle-ci, de produire une perforation utérine.

On peut, d'autre part, au moment d'opérer, se trouver en face de deux situations différentes : 1° le col est perméable ou facilement dilatable; 2° le col est imperméable ou insuffisamment dilatable. Il faut, alors, avant d'intervenir, **produire la dilatation du col.** Cette dilatation, vous pourrez l'obtenir facilement en quelques heures en introduisant dans la cavité utérine un ballon Champetier qui, réveillant les contractions de l'utérus et chassé par elles à travers le col, vous ouvrira largement la voie.

Le col étant perméable, l'intervention est possible.

Rappelez-vous que, si vous voulez réussir, il vous faudra **introduire toute la main dans le vagin et soumettre la femme à l'anesthésie chloroformique.**

La femme étant endormie, en résolution complète, faites une toilette extérieure sévère des organes génitaux, puis une abondante injection vaginale.

a) Introduisez alors toute la main dans le vagin, pendant que l'autre main appuie sur l'utérus et l'abaisse. Faites pénétrer l'index et le médius dans la cavité utérine, explorez-la et reconnaissez le point où persiste l'adhérence placentaire.

Décollez toute la partie adhérente du placenta, et lorsqu'il est absolument libre dans la cavité utérine, mais alors seulement, prenez-le entre les deux doigts et amenez-le au dehors.

Réexplorez l'utérus, assurez-vous qu'aucun fragment placentaire n'y est resté. Alors, enroulez sur une pince, un morceau de gaze iodoformée, portez-le dans l'utérus et, frottez ferme la paroi pour donner ce que Varnier appelle « le coup de balai antiseptique de la fin ».

Faites ensuite un grand lavage utérin antiseptique (trois à quatre litres de liquide) et mettez une mèche de gaze iodoformée dans l'utérus pour le drainer pendant vingt-quatre heures.

b) Si des fragments de placenta plus ou moins volumineux ont résisté à l'action de vos doigts, alors la **curette** entrera en jeu. Mais ne vous en servez pas à l'aveuglette, **agissez en même temps avec la curette et avec le doigt** qui en contrôlera sans cesse l'action. Ainsi seulement vous agirez avec sécurité et vous ferez de bonne besogne.

c) Autre recommandation : **Méfiez-vous de l'emploi des pinces** avec lesquelles on a trop souvent perforé l'utérus.

d) Lorsqu'une partie du placenta se présente dans le col, résistez à la tentation de la saisir et de tirer sur elle. Tout placenta retenu, donnant lieu à des complications, est un placenta partiellement adhérent. Il faut donc le **décoller complètement avant de l'extraire**. En agissant autrement, vous pratiqueriez une intervention incomplète, donc inutile et parfois même nuisible.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 11 Juillet 1902

Présidence de M. AUSSET.

Fibrome utérin et pyosalpinx.

M. Oui présente des pièces provenant d'une femme qu'il a opérée le 26 juin.

Cette femme, âgée de 43 ans, dont les antécédents ne présentent rien d'intéressant et qui n'a jamais été enceinte avait été prise subitement de vives douleurs abdominales le 25 mai dernier. Elle entra dans le service de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur, où elle présenta des phénomènes de péritonite nets, mais sans gravité et fut transférée le 16 juin dans le service de la clinique chirurgicale.

A l'examen on constate dans l'excavation pelvienne, à gauche et en arrière du col, une tumeur dure, grosse comme une orange, appartenant manifestement à l'utérus. Plus haut, également à gauche, une autre tumeur plus molle et juxta-utérine. Le diagnostic porté fut celui de fibrome utérin et salpingite.

Opération le 26 juin. Après l'incision abdominale, on se trouve en face d'un utérus fibromateux. Les annexes droites sont évidemment malades (trompe rouge, vascularisée à parois épaissies). A gauche, il existe une salpingo-ovarite grosse comme un gros œuf de poule, entourée d'adhérences.

L'opération est faite par le procédé américain. Le liga-

ment large droit est sectionné. L'utérine droite est liée facilement. Section du col en travers et ligature de l'utérine gauche. Les annexes gauches sont alors attaquées par dessous, très facilement pédiculisées et enlevées.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agissait d'un fibrome interstitiel de la paroi gauche et postérieure de l'utérus. La salpingo ovarite gauche ouverte après l'opération contenait deux bonnes cuillerées de pus crémeux.

Suites opératoires régulières, sauf une petite eschare sacrée.

Résection du maxillaire supérieur pour myxo-sarcome naso-pharyngien.

M. Le Fort présente un maxillaire supérieur d'apparence normale. Il a été enlevé à un garçon de 20 ans, porteur d'une tumeur naso-pharyngienne opérée déjà deux fois par M. Gaudier. En face d'une nouvelle récidive, on soupçonna sa nature maligne ; c'était effectivement un myxo sarcome. Cette tumeur descendait jusqu'au pharynx gênant la déglutition. Le malade, qu'on ne pouvait même plus nourrir à la sonde, parlait de se tuer. M. Le Fort fit alors une laryngotomie intercricothyroïdienne en un temps. A ce moment la respiration devint difficile et on fut obligé à plusieurs reprises de chatouiller la trachée à l'aide d'une plume par l'intermédiaire de la canule. Ablation de la tumeur par voie transmaxillaire. On enlève d'abord le maxillaire supérieur droit, on découvre alors une masse si volumineuse qu'on ne peut le contourner avec le doigt. La luette est déviée à gauche contre la paroi latérale du pharynx. Après résection du voile du palais, on voit que la tumeur part de l'apophyse basilaire et de la paroi postérieure du pharynx ; elle est développée dans les piliers et la partie nasale du voile du palais. On la décolle et avec des clamps, on en écrase une partie. L'ablation quasi complète est suivie d'un curetage.

Les suites ont été simples. Le malade va bien depuis trois jours ; la récidive est fatale, mais il aura une survie de quelque temps et on était en droit de le soulager par tous les moyens possibles.

Fracture des rotules.

M. Colle présente un homme qui s'est brisé les rotules, il y a neuf mois, en tombant d'un mur sur le bord duquel il travaillait. Au moment du traumatisme, il y eut un épanchement de sang modéré dans les jointures et un écartement de deux centimètres. Le traitement consista en compression, immobilisation et massage pendant cinq semaines avant de faire lever le blessé. A ce moment celui-ci se trouva en extension forcée et dans un état de complète déséquilibration. Le résultat laissait donc beaucoup à désirer ; après neuf mois, les conditions fonctionnelles sont mauvaises. L'extension de la jambe est fort difficile. Le 22 novembre dernier, M. Drucbert a montré à la société un homme marchant beaucoup mieux que celui-ci malgré un écartement plus important. M. Colle demande à la société si, dans le présent cas, on peut espérer guérir ce malade par des procédés non sanglants. Faut il pratiquer la suture osseuse.

L'avis unanime de la Société est que la suture est indispensable et indiquée de préférence à n'importe quel autre moyen.

Occlusion intestinale méconnue ; expulsion de 94 centimètres d'intestin grêle.

M. Surmont montre un fragment d'intestin grêle long de 94 centimètres, évacué spontanément par une malade de vingt-huit ans. Cette personne étant enceinte de 3 à 4 mois, fut prise de vives douleurs à droite : on soupçonna une colique hépatique. Au bout de 18 jours survinrent des phénomènes d'occlusion, avec expulsion du fragment d'intestin en question.

Celui-ci fut pris pour une muco-membrane due à une colite. L'attention devait cependant être attirée par l'émission de sang par les selles et diverses autres particularités. On rencontrait à gauche dans le ventre, une tumeur grosse comme le poing et on y pouvait placer le siège de l'obstruction. Au moment où M. Colle, appelé pour intervenir, allait opérer, l'obstacle se leva. Trois semaines après, au niveau de l'S iliaque, on fut amené à ouvrir un abcès pariétal qui s'était formé. Au bout de trois jours, mort par pneumonie. Il n'existe que quelques rares observations où un plus long segment d'intestin ait été ainsi éliminé. En outre, chez cette malade, l'invagination s'est produite sans phénomènes d'occlusion au début et le maximum de symptômes s'est manifesté à gauche, bien que ce fut l'iléon qui se fut envaginé dans le cœcum.

M. Colle dit, à ce sujet, qu'opérant récemment pour occlusion un enfant de quatre mois où la tuméfaction siégeait à gauche, il fit néanmoins le diagnostic d'invagination ileo-cœcale, ce qui fut vérifié. L'occlusion s'était accompagnée d'hémorrhagie profuse et l'enfant mourut d'ailleurs.

Clapotage de l'intestin grêle : son énorme dilatation dans un cas de cancer du cœcum.

M. Surmont rappelle que M. Debove a montré que le clapotage peut se montrer dans la dilatation du côlon et n'est pas toujours caractéristique de la dilatation gastrique. Il a de son côté constaté du clapotage de l'intestin grêle chez un homme de 50 ans, qu'il soignait avec M. Colle. Au niveau de l'ombilic, chez ce sujet, existait un clapotage considérable et même la sensation du ballotement stomacal. Malgré des signes de rétrécissement pylorique, on pouvait avoir des doutes sur l'existence de la dilatation de l'estomac. En effet, il n'y avait point d'affaissement du creux épigastrique, ni de ballonnement au-dessous de cette région.

Tout le ventre était distendu. Le lavage de l'estomac indique une capacité de 2 à 300 cent. c. A sa suite, il se produit des vomissements d'un liquide verdâtre d'origine intestinale. L'insufflation dénote un estomac petit ; le bord inférieur n'atteint pas l'ombilic. Le diagnostic fut celui d'obstruction intestinale incomplète avec lésion probable vers l'angle gauche du côlon.

A peine M. COLLE avait il incisé la paroi que tout l'intestin grêle se précipita au dehors. Son diamètre était énorme, il avait une fois et demi le calibre d'une bouteille d'eau de Vichy. On ne pouvait songer à le faire rentrer. Alors, incision qui laisse écouler 5 à 6 litres de liquide, comme du liquide ascitique. Le cœcum probablement cancéreux était rétracté, le gros intestin affaissé.

L'anse ouverte fut fixée à la peau et le malade mourut au sixième jour. Bien que l'anus artificiel eut été établi près du cœcum, il est à noter que tout ce que le malade prit fut rendu en nature, comme si cet intestin monstrueusement dilaté, eut perdu ses fonctions digestives.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le vendredi 4 juillet 1902, a eu lieu, à Paris, la réunion statutaire de l'**Association de la Presse médicale française**, sous la présidende de M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, syndic. — Dix-neuf membres y assistaient.

ELECTIONS. — M. le Pr RICHET représentera désormais à l'Association la *Bibliographia medica*. — M. le Dr MEIGE a été nommé membre titulaire, comme rédacteur en chef de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*.

CANDIDATURE. — M. le Dr ARCHAMBAUD a été nommé rapporteur de la candidature de M. le Dr Henri GOURICHON, rédacteur en chef du *Bulletin de la Société médicale des Bureaux de Bienfaisance de Paris*.

TRANSPORT DES JOURNAUX A L'ETRANGER. — Le texte des vœux émis par la Commission spéciale de l'Association sur la *taxe postale* sera intercalé dans le rapport qui sera présenté sur ce sujet au prochain Congrès de Berne.

CONGRÈS INTERNATIONAUX DE 1902. — *Comités français*. — Le Secrétaire général met l'Association au courant du rôle joué par son Bureau à propos de la propagande déjà faite pour ces Congrès.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Charmante soirée le 9 Juillet chez Monsieur le Professeur CARLIER. Anciens élèves et élèves de la Clinique des maladies des voies urinaires étaient réunis pour fêter la récente titularisation du maître. A l'heure des toasts, le docteur CAUMARTIN porte en termes très heureux la santé du professeur CARLIER ; il rappelle la bienveillance, la sollicitude et la sympathie du professeur pour ses élèves et lui offre au nom de tous, présents et absents, un bronze de F. Déruelle.

Le professeur CARLIER très ému se lève à son tour : dans une charmante improvisation il remercie ses élèves du joli souvenir qu'ils veulent bien lui offrir ; il leur rappelle les heures agréables passées à la clinique en leur compagnie, et termine en leur exprimant toute sa gratitude pour le précieux concours qu'ils lui ont prêté depuis la création de la Clinique des maladies des voies urinaires.

— Parmi les récentes **distinctions honorifiques**, nous notons avec satisfaction pour notre région, que MM. les docteurs DEVÉMY, de Valenciennes, GUÉRY, de Fresnes, BOUTRY, de Lille ont été nommés officiers d'Académie. La même distinction a été également décernée à MM. ROLANTS, chef de laboratoire et WŒHREL, secrétaire de l'Institut Pasteur de Lille. Nous leur adressons nos tardives mais bien sincères félicitations.

— Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la nomination, comme **officiers de l'Instruction publique**, de MM. les docteurs LAGUESSE et SURMONT, professeurs, FOCKEU, chargé de cours à la Faculté de médecine. Que nos collègues et collaborateurs reçoivent nos meilleures félicitations à cette occasion.

— A propos de **l'épidémie de variole** qui sévit sur Lille depuis trois mois, nous sommes en mesure de donner le renseignement suivant :

Au pavillon des varioleux de l'hôpital de la Charité, depuis son ouverture jusqu'à l'heure actuelle, il est entré 220 varioleux ; 126 sont sortis guéris, 50 sont décédés, 44 restent malades ou en convalescence, ce qui met la mortalité à 22,7 pour cent.

SOUTENANCES DE THÈSE

M. J.-G.E. ROMIGNOT, de Lille (Nord), ancien interne des hôpitaux, ancien aide d'anatomie, chargé des fonctions de prosecteur d'anatomie à la faculté, a soutenu le mardi 15 juillet, avec grand succès, sa thèse de doctorat (6e série, n° 88), intitulée : **Du rôle de la compression active dans la localisation des tendons.**

— M. G.-E.-J. HÉMERY, d'Hazebrouck (Nord) a soutenu avec succès, le mercredi 16 juillet, sa thèse de doctorat (6e série, n° 84), intitulée : **Contribution à l'étude des luxations du semi-lunaire.**

— M. L.-J.-H. DENIS, de Péronne (Somme), a soutenu avec succès, le mercredi 16 juillet 1902, sa thèse de doctorat (6e série, n° 85), intitulée : **Des variations de la formule hémoleucocytaire consécutive à l'administration des salicylates de soude et de méthyle.**

— M. F.-A. LEJEUNE, de Verquigneul (Pas-de-Calais), externe des hôpitaux, a soutenu avec succès, le vendredi 18 juillet 1902, sa thèse de doctorat (6e série, n° 86), intitulée : **Du traitement de la paralysie générale et du tabès par les injections de benzoate de mercure.**

— M. P.-E. CAUDRON, de Brancourt (Aisne), ancien interne des hôpitaux, ancien interne suppléant à la Maternité, interne à l'asile d'aliénés d'Armentières, a soutenu avec succès, le samedi 19 juillet 1902, sa thèse de doctorat (6e série, n° 87), intitulée : **Le fond de l'œil des paralytiques généraux et ses lésions initiales.**

Nous relevons parmi les récentes promotions dans le **Corps de santé militaire**, celles de MM. les docteurs CALAIS, promu médecin-major de 2e classe et désigné pour le 3e génie, à Arras, et HENRIOT, promu médecin-major de 2e classe et maintenu au 45e de ligne, à Laon.

Notre Carnet

Le samedi 19 juillet, ont été célébrées à Lille, les **noces d'or** du docteur Victor OLIVIER, doyen des médecins de

Lille, président de l'Association de prévoyance des médecins du Nord, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, ancien président de la Commission administrative des Hospices. *L'Echo médical du Nord* adresse ses meilleurs vœux à ce vénéré confrère, dont la verte vieillesse promet de longs jours encore à ses amis et à ses admirateurs.

UNIVERSITÉ DE PARIS

La chaire de clinique des maladies syphilitiques et cutanées étant devenue vacante par la mise à la retraite de M. le professeur FOURNIER, la Faculté de Paris a présenté par 17 voix contre 16 à M. HALLOPEAU, M. le docteur GAUCHER, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

HOPITAUX ET HOSPICES

Paris. — M. le docteur ROQUES a donné sa démission de médecin des hôpitaux.

Lyon. — M. le docteur FABRE est nommé, après concours, accoucheur des hôpitaux ; M. le docteur GALLAVARDIN, médecin des hôpitaux.

Distinctions honorifiques

Légion d'Honneur. — Ont été nommés *commandeur* : M. le docteur GENTIT, médecin inspecteur, directeur du service de santé du 1er corps d'armée, à Lille. — *Officiers :* MM. les docteurs LINON, médecin principal, à Toulouse ; FERRANDI, FOURNIER, JULOUX, SALVETAT, médecin-majors de 1re classe ; DUCHÊNE, médecin principal, à Paris ; KAUFMANN, médecin major à l'hôpital de Bordeaux ; PRIMET, médecin principal au Sénégal ; VIGENAUD, DEMMLER, DUMAS, médecins principaux de l'armée territoriale. — *Chevaliers* : MM. les docteurs D'AUDIBERT CAILLE, DU BOURGUET, BÉNAC, BERNARDY, BERNHARD, CASTEL, CHAMEROY, DUPEYREN, FERRATON, KOKER, LANEL, LÉVY, MALGAT, MARY, MORIN, PELIX, PELLETIER, PESME, PRIVAT, SPIRE, TALAYRACH, TISSERAND, TREILLET, WEISS, médecins majors de 1re classe ; BARBOT, RENAUD, LESPINASSE, médecins majors de 2e classe de l'armée ; CROSSOUARD, PINARD, PINEAU, TOUIN, BAROT, médecins de la marine ; MAS, médecin des colonies, à Canton ; DEFFAUX, médecin major de 1re classe de l'armée territoriale ; CABASSE, MARCAILHOU, ROUBY, TREILLE, AUBEAU, médecins majors de 2e classe de l'armée territoriale ; TRÉPANT, VERDIER, médecins aides-majors de 1re classe de l'armée territoriale.

Instruction publique. — Ont été nommés *officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs LANCEREAUX, de l'Académie de médecine ; MILLÉE, de Paris. — *Officiers d'académie* : MM. les docteurs KOUINDJY, de Paris, PANNÉ, de Nevers (Nièvre) ; VERNEUIL, de Blérancourt (Aisne).

Médaille des épidémies. — La médaille d'honneur a été décernée à M. le docteur BUARD, de Bordeaux.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs LE QUINQUIS, médecin major de 2e classe des colonies, mort à Madagascar ; CHOISEAU, d'Offranville (Seine-Inférieure) ; BOURGUIGNON, d'Ambonay (Marne) ; BARRÉ, de Paris.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

28e SEMAINE, DU 6 AU 12 JUILLET 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	3	3
3 mois à un an	5	6
1 an à 2 ans	4	3
2 à 5 ans	3	»
5 à 10 ans	»	2
10 à 20 ans	2	2
20 à 40 ans	7	11
40 à 60 ans	10	9
60 à 80 ans	8	5
80 ans et au-dessus	2	1
Total	44	42

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	3	»	»	»	»	»	»	1	»	2	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	7	4
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	4	»	»	»	»	»	»	»	1	1	3	»	»	»	»	»	»	»	»	3	12	15
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	3	1	»	1	»	»	3	9	20
Wazemmes, 36,782 hab.	1	»	»	»	»	»	»	1	3	1	1	»	»	2	»	1	»	»	»	5	15	25
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	1	3	11
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	1	»	»	»	1	»	»	1	»	1	»	»	5	»	1	»	»	»	6	16	7
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	6	8	11
Saint-Maurice, 11,212 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	2	6	5
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	4	13
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	2	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	1	»	»	»	»	»	»	4	2
Total	9	2	»	»	»	1	»	3	5	4	12	»	»	15	1	3	2	»	»	29	86	115

N° 289. Sixième Année N° 30 Le Numéro : **10** centimes. 27 Juillet 1902

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) : *128, Boulevard de la Liberté, Lille.*

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Paralysie générale juvénile

Par MM. les docteurs **L. Marchand,** médecin-adjoint à l'asile de Bailleul et **Ch. Leuridan,** interne des asiles d'aliénés

La paralysie générale, considérée ordinairement comme une maladie de l'adulte, peut se rencontrer chez l'adolescent et même chez l'enfant (1). Les observations de paralysie générale juvénile, rares d'abord, se sont peu à peu multipliées ; les cliniciens, prévenus de la possibilité de cette maladie chez les individus âgés de moins de vingt ans, l'ont mieux recherchée et, chaque année, les cas publiés augmentent. De jeunes malades, regardés d'abord comme des idiots, des imbéciles ou des déments précoces, ont été considérés ensuite comme atteints de méningo-encéphalite diffuse, et l'examen microscopique du cerveau est venu confirmer le diagnostic. CLOUSTON (2), le premier, publia un cas de paralysie générale survenue à l'âge de seize ans. Cette observation fut bientôt suivie de celles de TURNBULL (1), WIGLESWORTH (2), RÉGIS (3), REY et MANIÈRE (4), VRAIN (5), CHARCOT et DUTIL (6). Aujourd'hui, la littérature médicale possède 70 cas de paralysie générale juvénile avec examen micrographique. Ces cas sont donc encore une rareté si on les compare à la fréquence de la paralysie générale chez l'adulte ; ces raisons nous engagent à publier le cas suivant :

OBSERVATION

C..., âgée de vingt-deux ans à son entrée à l'asile. Père buveur et vicieux. Début de l'affection à dix-huit ans. Accès mélancolique. Attaques épileptiformes et apoplectiformes. Atrophie musculaire. Mort à vingt-deux ans.

C. . entre à l'asile de Bailleul le 2 mai 1901. Elle a vingt-deux ans.

Antécédents héréditaires. — C.. est une fille naturelle. Son père présumé aurait fait des excès de boissons. A la suite d'un viol commis sur une jeune fille, il fut condamné à dix ans de travaux forcés. Ces renseignements nous ont été communiqués par

(1) E. TOULOUSE et L. MARCHAND. — Paralysie générale infantile ayant simulé l'idiotie. *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 23 juin 1899.

(2) CLOUSTON. — A case of gener. paral. at the age of sixteen. *Journ. of ment. Sc.*, oct. 1877, p. 419.

(1) TURNBULL. — Notes of a case of gener. paral. at the age of tivelive ; *Journ. of ment. Sc.*, oct. 1881, p. 391.

(2) WIGLESWORTH. — Case of gener. paral. in a young woman, commenc. at the age of fifteen. *Journ. of. ment. Sc.*, juillet 1883, p. 241.

(3) RÉGIS. — Note sur la paralysie générale prématurée. *L'Encéphale*, 1883, p. 433. — Un cas de paralysie générale à l'âge de dix-sept ans. *L'Encéphale*, 1885, p. 578.

(4) REY et MANIÈRE. — Paralysie générale héréditaire. *Ann. méd. psych.*, 1883.

(5) VRAIN. — Contribution à l'étude de la paralysie générale précoce. Th. de Paris, 1887.

(6) CHARCOT et DUTIL. — Sur un cas de paralysie générale progressive à début très précoce. *Arch. de neurol.*, mars 1892, n° 68, p. 145.

le médecin qui soignait C. . avant son internement. Les autres renseignements héréditaires nous font défaut. La malade durant son séjour à l'asile n'a jamais été visitée.

Antécédents personnels. — C... n'a jamais eu de maladie grave. A dix-huit ans, elle perdit sa mère et elle eut un accès de mélancolie. Elle fut placée ensuite chez une de ses sœurs qui la maltraita ; sa santé physique s'altéra ; sa force musculaire s'affaiblit au point qu'elle chancelait sur ses jambes. Employée dans une usine de produits chimiques, elle fut bientôt obligée de quitter son nouvel emploi ; elle avait des crises nerveuses assez fréquentes présentant les caractères suivants : cri initial, chute brusque, perte de connaissance, mouvements convulsifs. Après ces crises, la malade était d'une grande faiblesse et présentait pendant quelque temps un tremblement généralisé. Outre ces accès qui paraissent être de nature épileptiforme, la malade aurait présenté, avant son internement, deux attaques d'apoplexie pendant lesquelles elle restait inerte et sans connaissance pendant plusieurs heures. On ne retrouve dans ses antécédents aucune manifestation syphilitique. La malade aurait toujours été très sobre.

Le début des accidents mentaux remonterait à trois ou quatre mois avant son entrée à l'asile. L'affaiblissement des facultés intellectuelles et la faiblesse physique se seraient surtout accentués depuis cette époque. En réalité, la malade a présenté des troubles psychiques depuis l'âge de 18 ans. La malade s'est laissée conduire à l'asile sans aucune protestation.

A son entrée, elle est dans un état de maigreur prononcée, les téguments et principalement les muqueuses sont décolorées. Le facies est tombant, figé, sans expression.

Les fonctions digestive, respiratoire et circulatoire paraissent s'accomplir normalement.

Les règles sont suspendues depuis plusieurs mois. Ecoulement leucorrhéique abondant et fétide.

Les diverses formes de sensibilité paraissent conservées.

La motricité présente des troubles accentués. La force musculaire est diminuée. Les mouvements sont lents et mal coordonnés. La malade mange difficilement seule et est très malpropre. L'équilibre est instable et la marche chancelante. Les muscles de la face et principalement des lèvres sont animés de tremblements fibrillaires. La langue tirée hors de la bouche présente des mouvements de trombone. On remarque aux doigts un tremblement à grandes oscillations.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

L'audition verbale paraît normale. La parole est monotone, hésitante et tremblée.

Pas d'inégalité pupillaire. Les pupilles réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation.

Gâtisme.

Au point de vue mental, l'affaiblissement intellectuel est prononcé. La perte de la mémoire est à peu près complète. Elle n'a plus aucune notion du temps, elle ne sait pas son âge ; c'est même à peine si elle nous dit son nom. La faculté du jugement est aussi très troublée. Elle ne se rend nullement compte de ce qui se passe autour d'elle, ni du milieu où elle se trouve ; elle ne comprend que vaguement les questions que nous lui adressons. Le peu d'activité cérébrale qui se manifeste encore, se traduit par des idées de satisfaction confuses et incohérentes ; elle nous dit avec un sourire niais qu'elle est belle, qu'elle a de l'argent.

Les jours suivants, mêmes signes physiques. Parfois, C.. est moins gênée dans ses mouvements ; d'autres jours, elle a des raideurs musculaires telles qu'elle ne peut faire un mouvement compliqué ; elle ne peut articuler ses mots. On note du côté des pupilles un léger degré de myosis. La malade gâte toutes les nuits. L'état mental reste stationnaire.

Six mois après son entrée à l'asile, la malade est dans un état de cachexie avancée, d'amaigrissement et d'affaiblissement extrêmes.

La sensibilité à la douleur est très obtuse sur toutes les parties du corps.

Les muscles sont atrophiés. L'alimentation est difficile. La marche est absolument impossible depuis quatre mois. La malade est alitée. Les jambes sont fléchies sur les cuisses ; celles-ci sont fléchies légèrement sur le bassin et présentent un certain degré de rotation en dehors.

Il est impossible de provoquer le réflexe rotulien.

Les pupilles sont inégales avec mydriase très nette et elles ne réagissent ni à la lumière ni à l'accommodation.

Au point de vue mental, la démence est complète. A toutes nos questions, la malade ne répond que par un sourire niais.

Elle meurt le 8 janvier 1902, à l'âge de vingt-trois ans.

L'autopsie est faite 24 heures après la mort.

Rien de spécial à la surface du corps, pas d'eschare fessière ou sacrée.

SYSTÈME NERVEUX. — Pas d'adhérences entre la boîte crânienne et la dure-mère. La pie-mère est très épaissie et opaque. Lorsqu'on cherche à décortiquer la substance cérébrale, les méninges s'enlèvent facilement au niveau des lobes frontaux et des lobes occipitaux ainsi qu'à la face interne des hémisphères. Au niveau des régions motrices on entraîne des débris de cortex. Les coupes de Pitres ne relèvent aucune lésion localisée. Le cerveau n'est pas congestionné. Au niveau des régions motrices, la substance grise corticale paraît atrophiée. Sur les parois du quatrième ventricule, on trouve des granulations épendymaires petites, blanchâtres et localisées dans le voisinage du sillon médian, sur l'aile blanche interne. Sur les parois des ventricules latéraux, on remarque des granulations présentant le même aspect, mais plus volumineuses ; elles sont surtout localisées sur la paroi interne des ventricules. Pas d'athérome des artères cérébrales. Le cerveau entier pèse 1.025 grammes. L'hémisphère droit 450 gr. ; le gauche 435 ; cervelet, bulbe et protubérance 140 gr.

Examen micrographique. — Les différentes régions examinées sont : la frontale et la pariétale ascendantes gauches, la frontale et la pariétale ascendantes droites, le lobe occipital gauche, le cervelet et le bulbe. Les

coupes ont été colorées au picro-carmin, à l'hématoxyline de Delafield, par la méthode de Forel, Van Gieson, par les méthodes électives de Weigert-Pal, de Nissl et de Weigert pour la névroglie.

Méninges. — Les méninges sont épaissies au niveau de toutes les circonvolutions et sont très vascularisées. On remarque à leur intérieur une grande quantité de cellules rondes prenant fortement la coloration. La pie-mère est surtout très épaissie au niveau des sillons. Au fond de ceux-ci, on remarque une quantité considérable de cellules rondes qui se colorent fortement par l'hématoxyline.

Cortex. — La néo-formation vasculaire est très nette dans toute la substance corticale. Les parois vasculaires sont épaissies ; par endroits les vaisseaux ont un aspect moniliforme ; ils sont entourés dans toute l'épaisseur du cortex, et même dans la substance blanche, d'un manchon de cellules rondes se colorant fortement. Cette lésion est surtout accusée au niveau des régions motrices.

Les cellules corticales sont touchées ; par la méthode de Nissl, la cellule reste uniformément teintée en bleu ; les granulations chromophiles se colorent mal et sont même complètement disparues dans un grand nombre de corps cellulaires. La plupart des noyaux sont excentriques, boursoufflés et leurs nucléoles se colorent mal. Le noyau reste lui-même fortement coloré. La plupart des cellules pyramidales sont déformées par des corpuscules dont les uns semblent être des noyaux névrogliques et les autres, des lymphocytes.

Par la méthode de Weigert pour la névroglie, on se rend compte nettement de la prolifération névroglique qui existe à la fois dans la substance grise et la substance blanche. Au niveau de la zone superficielle du cortex la couche névroglique sous-pie-mérienne est épaissie. Les fibrilles sont aussi plus nombreuses dans la couche moléculaire. Autour des vaisseaux, on voit de grosses cellules névrogliques à prolongements épaissis. La prolifération névroglique est moins accentuée dans la couche des cellules pyramidales.

Par la méthode de Weigert-Pal, on relève une disparition presque totale des fibres tangentielles de Tuczek. La strie de Baillarger est elle-même peu apparente. Les fibres radiaires et interradiaires paraissent elles-mêmes diminuées de nombre.

Cervelet. – Dans les coupes du cervelet, traitées au picro-carmin et par les méthodes de Nissl et de Weigert pour la névroglie, on trouve des lésions appréciables. Dans la couche moléculaire quelques fibrilles névrogliques paraissent plus épaisses qu'à l'état normal. Les méninges et les vaisseaux sont également le siège d'une inflammation notable.

Bulbe. — Les coupes ont été prélevées au niveau de la partie moyenne des olives. Les cellules du noyau de l'hypoglosse paraissent normales. Par la méthode de Weigert pour la névroglie, on relève une légère sclérose des pyramides antérieures.

Ce cas apporte une nouvelle preuve de l'existence de la paralysie générale juvénile ; les auteurs, qui se refusent à l'admettre, doivent pourtant s'incliner devant les lésions cérébrales révélées au microscope, en tout point comparables à celles que l'on rencontre dans le cortex du paralytique général adulte ; les symptômes peuvent varier légèrement mais les altérations nerveuses montrent qu'on est en présence d'une méningo-encéphalite diffuse. On comprend que si les symptômes, et principalement les symptômes psychiques, présentent quelques différences, il n'y a là rien d'étonnant si on considère que le cerveau est un organe dont l'évolution se poursuit jusqu'à un âge avancé de la vie. Les variantes du tableau clinique sont dues non pas à la différence des lésions, mais au développement différent des éléments nobles du cerveau ; chez l'adulte, ils sont arrivés à un point de développement plus avancé que chez l'adolescent.

Au point de vue étiologique, il nous est impossible, dans notre cas, d'invoquer la syphilis soit acquise, soit héréditaire. Nous relevons principalement une tare alcoolique chez le père ; c'est d'ailleurs un facteur étiologique que l'on rencontre très souvent. MM. Combemale et Mairet (1) ont montré que l'hérédité alcoolique pouvait provoquer chez les descendants une tendance à l'encéphalite.

L'âge auquel est apparue l'affection (dix-huit ans), la prédominance des troubles moteurs et l'évolution relativement lente de la maladie (cinq ans) s'accordent avec les observations des auteurs. Il semble, en effet, que la paralysie générale a une marche plus lente chez l'adolescent que chez l'adulte.

Le diagnostic de paralysie générale n'a jamais été douteux chez notre malade. Les crises convulsives qu'elle présenta dès le début de sa maladie pouvaient faire songer à l'épilepsie ; les renseignements que nous avons recueillis nous montrèrent que nous étions en présence d'attaques épileptiformes ; les symptômes concomitants, tels que embarras de la parole, tremblement fibrillaire des muscles, troubles oculo-pupillaires, affaiblissement progressif de toutes les facultés intellectuelles, contribuèrent à affirmer le diagnostic de paralysie générale.

Emotions mortelles

Par le docteur **P. Kéraval**, directeur-médecin de l'asile d'Armentières

La question des émotions mortelles confine au roman. Mais elle est aussi du domaine de la réalité, quand

(1) Combemale et Mairet. — Nouveaux documents fournis par l'expérimentation à l'appui de la valeur de l'alcoolisme comme cause de paralysie générale. Congrès de Lyon, 1891.

cela ne serait que pendant les périodes troublées, les grands cataclysmes, à l'occasion même d'événements ou d'incidents dramatiques. Du reste la valeur affective des épisodes peut tout aussi bien dépendre de l'importance que leur attache celui qui les subit. Et en tout cas la manière dont il les supporte est en rapport avec l'état de sa constitution actuelle.

Nous n'entreprendrons pas la tâche d'écrire un mémoire étendu sur ce sujet. Qui dit émotion dit troubles physiques et mentaux correspondants. Il n'y a donc pas de raisons pour que la mort ne survienne pas sous l'influence de ces troubles par un mécanisme quelconque.

Cette mort n'est d'ailleurs pas toujours subite : elle est en bien des cas simplement préparée par un désordre matériel, à évolution prolongée, qui se produit sous la poussée de la perturbation émotionnelle au *locus minoris resistentiae* du patient. Ce qui semble indiquer que des altérations matérielles du même genre seraient, si on les cherchait, également rencontrées dans la mort sans phrase.

Les hasards de l'existence hospitalière nous ont mis en présence de trois morts rapides imputables à des émotions chez des aliénés ou chez des sujets ayant été aliénés, qui, par conséquent, étaient touchés en leur cerveau et dans leurs artères.

Ce sont ces trois cas que nous allons rapporter aussi brièvement que possible. Il est déjà intéressant de faire remarquer que ces faits se sont produits, sinon coup sur coup, au moins à peu de distance l'un de l'autre, au cours du premier semestre de l'année dernière.

Le premier cas de mort par émotion s'est manifesté le 11 janvier, chez un homme jeune et de complexion vigoureuse apparente, de 44 ans, dont voici l'histoire.

Il s'agissait d'un ecclésiastique qui, par suite de circonstances qu'il est inutile d'énumérer, avait été mis en interdit, et séquestré comme aliéné, pour cause de désordres. On ne parlait rien moins que de le laisser interné pendant un temps indéterminé. Il y avait en réalité trois ans qu'il était enfermé. Il avait réellement commis de nombreux excès de toutes sortes avait attiré sous leur influence l'attention de la justice, et son système vasculaire témoignait d'une dégénérescence athéromateuse fort accusée.

Sa situation mentale paraissant améliorée, j'obtins à grand'peine qu'on fît pour lui ce qui se fait pour d'autres, qu'on le fît sortir à titre d'essai en des conditions appropriées à sa qualité de prêtre.

C'est au commencement de décembre 1900 que cette sortie fut définitivement consentie et arrêtée. A ce moment-là se font remarquer pour la première fois quelques troubles de la parole, qui semble en quelque sorte empâtée. Il se plaint de temps en temps de douleurs vagues. Les mouvements sont lents, comme moelleux.

Le 26 décembre, il est entendu qu'il sortira le 28 du même mois au matin. Il prend alors, enchanté, toutes ses dispositions pour renaître à la vie écclésiastique. Le 27 décembre, pendant l'après-midi, il va faire ses adieux, en soutane, à tous ceux qui se sont occupés de lui dans l'établissement. Vers 4 heures 1/2 il fait appeler l'interne de garde auquel il se plaint de douleurs dans l'estomac, de vomituritions ; il attribue ces malaises à un malencontreux verre de tisane de réglise.

A 6 heures du soir il est frappé d'une *attaque congestive*. On le couche. En proie à une agitation continuelle, il se retourne continuellement dans son lit ; il est aussi atteint d'une dyspnée qui rend sa respiration stertoreuse. Il exécute des mouvements constants à l'aide des bras tandis que les jambes demeurent immobiles. Le réflexe cornéen est aboli A 11 heures, il est pris d'attaques épileptiformes subintrantes ; il existe un tremblement généralisé auquel participent les muscles de la face et des yeux Sueurs profuses.

Le 28 décembre, au matin le malade est dans le coma. Sous l'influence d'une saignée, il reprend un peu connaissance, ses gestes sont moins désordonnés. Il essaie de parler, mais ne peut arriver à articuler, en dépit des efforts qu'il fait pour se faire comprendre. Intégrité des viscères. Incontinence d'urine.

Le 29, état stationnaire. Quelque excitabilité.

Le 3 janvier 1901, éruption de muguet sur tous les organes de la déglutition. Strabismo intermittent. Gâtisme.

Le 6 janvier on enregistre de l'amélioration. Le patient reconnaît plus facilement les personnes qu'il voit, prononce quelques paroles, mais celles-ci sont incohérentes. Il a des illusions mentales, s'imagine, par exemple, être en tout autre endroit. Il s'affaiblit notablement. Embarras de la parole. Les jours suivants l'affaiblissement progresse et il succombe le 11 janvier à une heure du matin.

L'autopsie n'a pu être faite. Nous nous bornerons donc à signaler les accidents cérébraux congestifs en rapport certain avec des lésions cérébrales, et leur apparition brusque à la suite d'une *joie intense*. Evidemment le malheureux croyait être enfermé à tout jamais, et il se voyait tout à coup délivré ! Comment cette joie a-t-elle ainsi réagi ? Le mauvais état des artères et aussi peut-être du cerveau n'est pas étranger au dénouement. Car on est encore en droit de penser qu'on a eu affaire à une de ces paralysies générales latentes ou saccadées d'origine alcoolique, qui aura subi un coup de fouet de la part de l'émotion agréable en question.

Voici maintenant deux décès préparés et précipités par une émotion *désagréable*, que les gens sensés qualifieront, assurément, de bien futile.

M. Po... J..., cordonnier, âgé de 65 ans, est entré à

l'asile le 8 décembre 1884, pour la seconde fois. C'est un homme vigoureux atteint d'un délire des persécutions que l'on peut résumer ainsi.

Il se croit depuis de longues années sous l'influence de manœuvres magnétiques, pratiquées sur lui par des prêtres et des médecins religieux comme il dit. Ces influences sont cependant contrebalancées par des médecins républicains et des francs-maçons. Nous copions en les condensant les nombreuses pages qu'il a écrites sur ce sujet.

« Les curés, à l'aide du magnétisme que lui, Po.., connaît bien, mais dont il n'a pas le secret, lui font d'infâmes tortures, l'affaiblissent, l'insultent, s'introduisent chez lui par toutes sortes de déguisements. Il s'est plaint bien des fois aux autorités. Une bande de vampires le torturent secrètement. Il a eu néanmoins une force de volonté telle que, sans les insultes personnelles dont il était l'objet de la part de sa femme, et de celle d'autres personnes, jamais on n'aurait su tout ce qu'il a souffert. Il a tout pardonné à ses proches et à ses amis, parce qu'ils ne l'insultaient que sous une influence qu'ils étaient incapables de comprendre.

» Le *repère* (*sic*) de ces curés vampires était le château situé près de sa maison Ils sont tous venus chez lui sous des déguisements, sauf le curé de sa paroisse.

» C'est pourquoi il est républicain incorruptible et nullement exalté. Un talisman infâme le torture et lui dit à chaque instant qu'il est condamné à mort par les prêtres, en l'insultant.

» Un jour l'aumônier de l'asile s'arrête à son lit et dit : « s'il arrive un grand événement, Rome le prendra. » Or ce grand événement, c'est le renversement de la République... Que faut-il donc, pour prouver la scélératesse de ces vautours-là ? »

Sous l'influence de ces idées délirantes provoquées et entretenues par des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale, Po... a menacé de frapper avec son tranchet, il a donné des coups à sa femme en lui disant qu'il avait le droit de la tuer sans que la justice y mette le nez. Au surplus, a-t-il ajouté, il veut tuer, pour être tué à son tour et être débarrassé des tortures qu'on lui fait occultement subir.

La description précédente est suffisamment nette. C'est un homme qui a lu beaucoup de livres sur le magnétisme et la magie, sans discernement.

L'existence réglée de l'établissement imprima à son attitude une forme différente. Occupé au service de la distribution et du magasin des approvionnements, il ne laissait plus transpirer son délire. On avait peine à lui en tirer quelques bribes. Cependant en causant habilement avec lui, on finissait par obtenir la même profession de foi. Malgré cela il jouissait d'une extrême liberté, et sortait en ville.

En 1900, une poussée de rhumatisme articulaire aigu semble ranimer ses préoccupations : il délire ouvertement, est agité. L'agitation se calme, le rhumatisme guérit, mais Po... est hanté plus que jamais de ses idées délirantes. Il fait sous cette impression un testament par lequel il lègue ce qu'il possède aux écoles laïques. A tout instant il vient à mon cabinet parler de ses dispositions testamentaires.

Aussi le fais-je surveiller de près et, dans les derniers jours de mai 1901, je lui fais enlever un rasoir qu'il avait en sa possession, dans l'intérêt des autres malades, lui dis-je.

Cette décision lui est excessivement désagréable. Le 2 juin, il est confus, désorienté, incapable de se tenir debout ; son obnubilation et sa faiblesse augmentent. Il perd tout à fait connaissance, tombe dans le marasme, enfin dans le coma, et succombe le 10 juin. Les phénomènes congestifs sont indéniables. L'autopsie n'a pu être effectuée.

La dernière observation concerne un paralytique général dont l'affection a duré au moins 20 années, puisqu'il est entré à l'asile le 8 mars 1881 et qu'il y est mort le 26 mai 1901. Comme précédemment un choc moral a déterminé la mort. L'autopsie a révélé une *hémorrhagie cérébrale*.

Myst..., A., exerçant la profession de journalier, est né en Pologne le 6 juin 1844. Il est entré à l'asile le 8 mars 1881, venant de la maison centrale de Loos.

Dès son arrivée le diagnostic de paralysie générale progressive est d'emblée affirmé. Paralysie générale, avec hallucinations et illusions sensorielles. Un rapport médical constate ce qui suit :

» Ce malade voit et entend des personnes absentes ; il prend des étrangers pour des parents, des amis. Extrêmement content de lui, il est tout à fait indifférent à sa situation. Il a, dit-il, des milliards, est roi, empereur, grand médecin, grand architecte ; il a prononcé de grands discours.

» Sa mémoire est très affaiblie, il affectionne tout le monde. Un peu excité, il déchire ses effets, et est gâteux. Embarras de la parole, tremblement de la langue et des mains, inégalité pupillaire, hésitation en marchant.

» La sensibilité est très émoussée. L'excitation continue se traduit par de la loquacité, un incessant besoin de mouvement.

» L'affection est tellement avancée qu'il n'y a plus lieu d'instituer de traitement ; on doit se borner à combattre les complications qui peuvent surgir. »

L'excitation sus-énoncée persiste jusqu'en mai 1881. La rémission s'installe au point que Myst.. commence en décembre de cette année-là à travailler.

En décembre 1892, il est considéré comme en rémission de paralysie générale : l'affaiblissement des facultés est relaté.

Le 3 avril 1895, nous constatons l'état de la démence paralytique.

Le 6 novembre 1899, c'est un vieillard assez bien

conservé, qui n'offre ni athérome, ni traces de syphilis. Il existe chez lui de l'inégalité des pupilles accentuée, un léger tremblement fibrillaire de la langue et des extrémités, du tremblement de la parole, comme celui des paralytiques généraux. Ses réflexes sont exagérés.

Son état mental est celui de la démence : il ne possède pas la notion exacte du temps, dit avoir sa chambre à Lille, arriver de Bruxelles et autres absurdités. Les signes physiques consistent principalement en cet embarras de la parole tout à fait classique.

Il travaille depuis longtemps à la lingerie.

Le 25 mai 1901, la maîtresse-lingère prie le surveillant en chef de le garder au quartier parce qu'il a accumulé dans l'endroit où il se tient d'habitude toute espèce de saletés qu'il collectionne, comme le font si souvent les déments, et qu'elle désire nettoyer son capharnaüm. Cette mesure l'impressionne d'une manière fâcheuse. Il croit probablement qu'on va lui enlever ses trésors. En tout cas, le 26 mai, à une heure du matin, on le trouve mort dans son lit. Remarquons qu'il est à ce moment âgé de cinquante-sept ans.

L'*autopsie* pratiquée vingt-huit heures après la mort doit se résumer de la façon suivante :

Cuir chevelu très congestionné, très épais. Crâne épaissi. Dure-mère adhérente au crâne, au niveau du frontal et de l'occipital : ces adhérences sont fort difficiles à rompre.

La pie-mère et l'arachnoïde, d'aspect nacré, sont œdématiées, infiltrées d'un liquide gélatineux, congestionnées ; elles adhèrent surtout à la substance grise, de sorte que, quand on les en détache, on arrache le tissu nerveux.

Les circonvolutions cérébrales, ratatinées, déformées, sont écartées les unes des autres par des sillons élargis. Leur substance grise est atrophiée, molle, sans consistance. Leur substance blanche est, à la coupe, fort congestionnée ; un piqueté hémorragique se dessine sur la surface de coupe.

Il existe en sus, à droite, un foyer hémorrhagique de date récente entre le lobule de l'insula et l'avant-mur.

Les ventricules, très dilatés, sont remplis d'un liquide séreux, non sanguinolent ; l'épendyme est rougeâtre, parsemé de fines granulations, très perceptibles au doigt et fort nettes à la lumière oblique.

L'artère sylvienne est le siège d'un athérome très marqué, des deux côtés.

Il n'y a, par suite, ici, aucun doute. C'était un paralytique général : lésions généralisées fort anciennes. Il a succombé à une rupture vasculaire qui a, pour ainsi dire, mis le comble à la somme des altérations du cerveau. Et si Myst... a pendant vingt ans résisté à la méningo-péri-encéphalite chronique dont il était affecté, il n'a pu supporter le léger mécompte qu'il a éprouvé le 25 mai 1901 : l'émotion a provoqué une hémorrhagie cérébrale mortelle.

Nous ne pensons pas que de longs commentaires soient susceptibles de rendre les faits qui viennent d'être exposés plus probants. Bien qu'ils ne soient pas tous appuyés de l'examen nécroscopique, ils portent, à notre avis, en eux les éléments propres à montrer qu'en certains cas une émotion, sinon justifiée, du moins vivement ressentie, en provoquant sur la circulation cérébrale un mouvement exagéré, suffit pour engendrer des lésions rapidement ou immédiatement mortelles, lorsque les artères du cerveau et le cerveau lui-même sont préalablement affectés.

Consultations Médico-Chirurgicales

Glaucome

Docteur E. PAINBLAN.

Le glaucome consiste essentiellement dans l'augmentation de la tension intraoculaire ; de l'hypertonie, le premier et le plus important symptôme, naissent tous les autres.

Il ne s'agira ici que du glaucome primitif, essentiel, maladie de l'âge mûr et de la vieillesse, dont la cause demeure inconnue ; laissant de côté le glaucome secondaire qui succède à des synéchies antérieures, à des leucomes adhérents, à des luxations du cristallin, à des tumeurs du globe, etc., n'ayant pas non plus en vue l'hydrophtalmie ou glaucome infantile.

INFORMATIONS CLINIQUES ET ÉTIOLOGIQUES. — 1° Un homme d'âge avancé, entre 50 et 70 ans, arthritique, goutteux, peut-être ancien syphilitique, ou bien une femme à ménopause anticipée, hypermétropes de préférence, à l'occasion d'une fatigue, d'un repas un peu copieux, d'une secousse morale, constatent que leur vision se trouble ; ils voient les objets comme à travers une fumée grisâtre ; la flamme d'une bougie est entourée de cercles irisés rouges ou bleus ; ils se plaignent d'une certaine tension de l'œil, et de névralgie frontale.

A l'examen la cornée légèrement trouble au centre, donne l'impression d'une glace sur laquelle on aurait respiré, la chambre antérieure paraît moins profonde, la pupille un peu dilatée réagit paresseusement ; il y a un peu d'injection ciliaire. En cherchant le tonus, on le trouve augmenté ; l'œil est dur. A l'ophtalmoscope les veines rétiniennes se montrent flexueuses et dilatées, souvent il y a du pouls artériel.

Notre malade a du glaucome subaigu, il a une *attaque prodromique de glaucome* ; cette attaque durera peu, quelques minutes ou quelques heures, et tout rentrera dans l'ordre ; elle se répètera à intervalles de plus en plus rapprochés, et chaque fois laissera l'acuité visuelle un peu plus affaiblie qu'auparavant.

2° Chez ce même individu, après plusieurs de ces attaques

ou chez un malade dont l'activité cardiaque est affaiblie, qui a des troubles congestifs, qui est alcoolique ou diabétique, sous l'influence d'une forte secousse morale, ou sous l'action d'une dilatation pupillaire intempestive par l'atropine malencontreusement prescrite, s'installent brusquement des douleurs violentes, parfois atroces, s'irradiant de l'œil le long des branches du trijumeau, vers le front, la tempe, la mâchoire, supprimant l'appétit, le sommeil, amenant la fièvre, parfois des vomissements. L'acuité visuelle baisse rapidement; le champ visuel se rétrécit fortement, surtout du côté nasal.

A l'examen on constate une violente réaction inflammatoire, paupières œdématiées, conjonctive chémotique, cornée dépolie et insensible au toucher, chambre antérieure effacée, iris décoloré, pupille très dilatée de forme ovale avec reflet vert grisâtre. Inutile de recourir à l'ophtalmoscope; le trouble des milieux transparents rend son emploi impossible. La tension est exagérée au maximum, l'œil est dur comme une bille.

C'est l'*attaque de glaucome aigu*, le glaucome inflammatoire. Les symptômes esquissés seulement dans l'attaque prodromique ont ici toute leur intensité. Quelquefois même la cécité peut être complète et définitive en quelques heures, c'est le *glaucome foudroyant* ; le plus souvent l'attaque se calme après quelques jours, quelques semaines, laissant l'acuïté visuelle fortement diminuée.

3° Chez un vieillard artérioscléreux se sont produites depuis quelques semaines des hémorrhagies rétiniennes, mais le tonus est resté normal, le champ visuel a ses dimensions. Rien ne fait prévoir le glaucome imminent. Brusquement la scène change, le sujet est pris de douleurs oculaires et circumorbitaires atroces, accompagnées d'éclairs brillants, l'œil s'injecte, durcit à l'extrême, devient inéclairable, la vue diminue aussitôt ; en quelques heures tout est irrémédiablement perdu. Tel est le *glaucome hémorrhagique*, rare heureusement.

4° Un malade a déjà eu plusieurs attaques de glaucome aigu ou subaigu ; au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre, mais l'acuité visuelle a un peu baissé. Si l'on n'intervient pas, d'autres attaques éclatent à intervalles de plus en plus rapprochés. Généralement moins intenses au point de vue des symptômes inflammatoires et douleurs, elles ont pour conséquence une diminution plus notable de la vision. Peu à peu les rémissions vont se faire moins complètes, la pupille restera dilatée et l'œil hypertone dans l'intervalle des accès ; l'acuité visuelle se perdra entièrement au bout de quelques mois. Alors le globe est désorganisé, sur la sclérotique d'un blanc bleuâtre proéminent les veines ciliaires antérieures gorgées de sang, la cornée est brillante, transparente, mais insensible, la chambre antérieure peu profonde; l'iris réduit à une mince bande grise, qui parfois se cache derrière le limbe, est bordé d'un large liseré noir au niveau de la pupille; celle-ci large, immobile, paraît verdâtre ou d'un gris sale.

L'œil est dur comme une pierre ; la pupille entourée de l'auréole glaucomateuse, est profondément excavée, cupuliforme ; les vaisseaux décrivent des crochets aplatis caractéristiques. Plus tard le cristallin pourra s'opacifier (cataracte glaucomateuse); on pourra voir dans la région équatoriale des bosselures ectatiques, noirâtres. Bien que l'œil soit absolument aveugle, le patient vous dira voir encore un peu de lumière, sous forme d'un brouillard lumineux, plus fort certains jours. Les douleurs réapparaissent souvent, violentes, intermittentes ou continues.

C'est là le tableau du *glaucome absolu* qui se terminera habituellement par l'atrophie du globe, et qui dans d'autres cas aboutira à l'iridocyclite et à la panophhtalmie.

5° Un malade a des prodromes de glaucome avec obnubilations passagères de la vue et hypertonie légère ; les accès se répètent; ils sont peu marqués et sont suivis de rémissions qui peu à peu deviennent moins franches ; la tension reste un peu augmentée ; il persiste une légère injection ciliaire qui peut du reste passer inaperçue. L'hypertonie ne se manifeste que par des modifications du fond de l'œil, veines volumineuses, pouls artériel, papille tendant à s'excaver. S'il n'est pas soigné, ce *glaucome chronique irritatif* aboutira rapidement à la cécité.

6° Un individu d'âge avancé, confinant à la sénilité, se présente à nous. Il vient de s'apercevoir par hasard qu'un de ses yeux est presque aveugle.

Ou bien il vous dit que sa vue diminue progressivement; qu'il a peine à se conduire seul depuis quelque temps, et que cependant il peut encore lire ou exécuter des travaux délicats. Interrogez-le, c'est à peine s'il se souvient au début de l'apparition intermittente d'un brouillard. Il n'a jamais souffert ; l'œil est resté extérieurement normal.

A l'examen de ce malade, le champ visuel est considérablement rétréci, surtout du côté nasal, la vision a baissé lentement et graduellement : cependant l'acuité visuelle centrale a pu longtemps rester assez bonne. En interrogeant la tension, on voit que l'œil est légèrement hypertone. En examinant le fond de l'œil, la papille est totalement excavée, entourée d'un halo glaucomateux, avec des bords taillés à pic et un coude des vaisseaux. Les artères sont petites, les veines gonflées.

L'affection a évolué insidieusement. Ce n'est que dans quelques cas que des attaques subaiguës ont pu attirer l'attention. Tel est le *glaucome chronique simple*, qui est essentiellement le glaucome sénile.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — L'hypertonie étant cause de tout le mal, l'indication primordiale est de chercher à abaisser la tension intraoculaire; or, la contraction pupillaire diminue cette

tension. Les myotiques sont donc indiqués : ils couperont les attaques prodromiques ; ils modéreront les symptômes dans les attaques inflammatoires.

Si les myotiques deviennent insuffisants, une intervention chirurgicale pourra s'imposer, qui cherchera à diminuer l'hypertension en créant une cicatrice de filtration, soit au niveau de l'angle iridocornéen, soit autre part, de façon à laisser facilement sortir de l'œil les liquides qui ont servi à sa nutrition.

En fouillant soigneusement l'état général, on parviendra à découvrir la cause prédisposante et, se rappelant qu'en général tout trouble vasomoteur peut amener l'attaque, on aura le devoir non seulement de décongestionner l'œil et d'agir contre l'élément douleur, mais encore de combattre contre l'état général causal.

TRAITEMENT. — Le traitement est, suivant l'intensité du cas, médical ou chirurgical ; parfois ils se succèderont ; le plus souvent ils seront combinés.

Le traitement médical du glaucome doit être mis en œuvre dans la période prodromique, dans le glaucome subaigu ; il pourra suffire longtemps à empêcher l'attaque aiguë. Dans le glaucome chronique simple il est le seul traitement à employer, mais son efficacité restera quelquefois douteuse. En cas de glaucome aigu, s'il ne donne pas de bons résultats, il ne faut pas insister : l'intervention chirurgicale s'impose.

Ce qu'il ne faut pas faire. — Il y a un trop grand intérêt curatif à éviter certaines pratiques en usage, pour ne pas indiquer dès l'abord ce qu'il ne faut pas faire.

Les mydriatiques, dans des yeux prédisposés, peuvent provoquer l'explosion d'un glaucome inflammatoire. D'où découle cette indication pratique de toujours rechercher s'il n'y a pas menaces de glaucome, avant d'instiller un mydriatique, de l'atropine par exemple, à une personne âgée. Malheureusement, il arrive encore trop fréquemment, que l'atropine soit malencontreusement employée dans des cas de glaucome inflammatoire que l'on prend pour des iritis, des iridocyclites et même des conjonctivites ; de même que le glaucome chronique simple est souvent pris pour une cataracte commençante. La connaissance parfaite du glaucome est donc d'une importance pratique considérable pour tout médecin, parce qu'un traitement prompt et approprié peut tout sauver, tandis qu'un diagnostic erroné et une thérapeutique inopportune peuvent tout perdre.

Gardez-vous donc bien d'employer les mydriatiques. Au contraire usez largement et fréquemment des myotiques, car leur action est fugace et s'épuise au bout de six à huit heures, dès que cesse la contraction pupillaire.

TRAITEMENT MÉDICAL. — Préventif ou immédiat, le traitement médical, sauf exceptions, est celui qu'il faut d'abord prescrire.

Traitement préventif. — Les soins hygiéniques oculaires ou généraux sont parmi les plus importants.

Soins hygiéniques. — On recommandera au candidat au glaucome, au patient qui en a déjà souffert, d'éviter les émotions, les fatigues de tout genre, les repas copieux, de renoncer à l'usage des excitants, de l'alcool en particulier.

On lui défendra le travail exagéré des yeux ; s'il y a des vices de réfraction, on les corrigera au moyen de verres appropriés.

Le port du **bandeau flottant** non compressif et même le séjour à la chambre obscure peuvent être indiqués.

Etat général. — On s'appliquera à modifier l'état général par un traitement approprié, sur lequel je n'ai pas à insister ici. Et l'on prescrira, selon les cas, le traitement spécifique, l'iodure de potassium ou de sodium, le salicylate de soude, la colchicine, etc.

Traitement de l'attaque. — Luttez d'abord contre l'élément inflammatoire et la congestion par la **médication antiphlogistique**. Les compresses chaudes souvent répétées, les petits vésicatoires à l'apophyse mastoïde ou, mieux trois ou quatre sangsues à la tempe, vous seront d'un utile secours.

Faites de la dérivation à distance par les purgatifs salins répétés, par les bains de pieds sinapisés.

Contre l'élément douleur, employez l'antipyrine et, si besoin est, la **morphine**.

Le bromhydrate ou le sulfate de quinine à dose faible seront ordonnés comme toniques.

Tout ceci sera évidemment très utile à votre malade, mais ce n'est là que le traitement secondaire. La partie importante, **le fonds du traitement médical, consiste en l'emploi persévérant et prolongé des myotiques.**

Deux substances sont employées habituellement, l'**ésérine** et son succédané la **pilocarpine**.

L'ésérine est plus active, mais elle a l'inconvénient de déterminer parfois des crampes douloureuses du muscle ciliaire ; en solution aqueuse, elle se transforme facilement en rubrésérine, sans que cela altère ses propriétés myotiques.

Formulez le collyre :

Sulfate d'ésérine	2 à 5 ctgr.
Eau distillée	10 gr.

et instillez quelques gouttes dans l'œil, trois ou quatre fois par jour ou formulez la pommade :

Sulfate d'ésérine	10 ctgr.
Vaseline	10 gr.

et introduisez-en avec un stylet ou un bout de papier roulé, gros comme un grain de blé dans l'angle de l'œil ; puis massez légèrement quelques minutes le globe avec les pouces appliqués à plat sur les paupières.

Quand vous chercherez une action moins énergique, ou si vous cessez l'ésérine, employez la pilocarpine.

Prescrivez le collyre :

Nitrate de pilocarpine . . . . . 10 à 20 ctgr.
Eau distillée . . . . 10 gr.

et instillez quelques gouttes dans l'œil, quatre à six fois par jour.

Associez ou non à ces collyres, quelques minutes avant, le collyre à la cocaïne à 0,20 pour 10. Joignez des lavages à l'eau boriquée tiédie.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — C'est le traitement essentiel du glaucome aigu. L'opération de choix est l'iridectomie.

Iridectomie. — Excellente dans le glaucome aigu ou subaigu, où elle arrêterait le processus dans la moitié des cas, à la condition d'être faite hâtivement, l'iridectomie est également indiquée dans le glaucome inflammatoire chronique, où elle doit être faite dans l'intervalle des accès.

Elle est beaucoup moins utile, à peine recommandable dans le glaucome simple ; elle ne doit être faite qu'avec une extrême prudence dans le glaucome absolu, et il faut bien se garder de la pratiquer dans le glaucome hémorrhagique.

Voici résumé le manuel opératoire :

La région étant antiseptisée et l'œil anesthésié, faites avec la pique ou le couteau (selon la profondeur de la chambre antérieure) une incision en arrière du limbe, dans la sclérotique, et non dans la cornée. Retirez lentement la lame. Introduisez la pince fermée, ouvrez les mors, saisissez l'iris à égale distance du bord et de la périphérie, attirez-le au dehors ; sectionnez-le de façon à faire une iridectomie très large, périphérique, en trou de serrure. Excisez jusqu'au bord ciliaire de façon à empêcher la reproduction de la soudure de Knies, qui oblitérerait de nouveau les voies d'excrétion.

Réduisez avec la spatule les angles du colobome. Evacuez autant que possible le sang de la chambre antérieure. Mettez dans le cul-de-sac un peu de pommade à l'ésérine. Pansez antiseptiquement.

Vous ferez de préférence l'iridectomie en haut, de façon que le colobome caché par la paupière supérieure ne produise pas d'éblouissement.

Si vous avez fait l'iridectomie assez tôt et si elle est efficace, vous pouvez obtenir avec la diminution du tonus la suppression des douleurs et le rétablissement de la vision, telle qu'elle était avant l'attaque. Si l'accès durait depuis plusieurs jours, si la vision était presque disparue au moment de l'intervention, le pronostic est infiniment plus mauvais.

Notez aussi que l'iridectomie, même bien faite sans blessure du cristallin, a pu amener de la cataracte, et que d'autre part dans certaines formes chroniques (glaucome malin) elle ne fait qu'aggraver la marche. Ces cas sont rares heureusement (2 o/o).

L'iridectomie n'est pas possible. — Des procédés multiples ont été imaginés pour remplacer l'iridectomie ou pour permettre une intervention dans les cas où cette opération n'est pas possible.

Si l'iridectomie n'est pas indiquée, vous ferez la sclérotomie soit antérieure, soit postérieure.

a) La **sclérotomie antérieure** consiste en une ponction et une contreponction de la sclérotique tout près du limbe avec section incomplète de la sclérotique et débridement de l'angle iridien.

Moins efficace que l'iridectomie, elle respecte l'iris et fait courir peu de dangers à l'œil opéré. Elle peut être une opération d'attente, elle est supérieure aux simples paracentèses de la cornée.

Elle réussirait surtout dans quelques cas de glaucome chronique, surtout si on la fait suivre de malaxations du globe à travers les paupières, répétées tous les jours.

b) Si vous avez affaire à un glaucome hémorrhagique ou à un glaucome absolu pour lequel l'énucléation va être la seule ressource, avant de vous y décider, essayez la **sclérotomie postérieure**, qui consiste en une simple ponction de la sclérotique avec un fin couteau en arrière de la zone ciliaire, entre le droit interne et le droit inférieur. On retire lentement le couteau après lui avoir fait faire un quart de tour, pour entrebâiller les lèvres de la plaie et faire une plaie angulaire.

Si la tension oculaire est considérable, si la chambre antérieure est effacée, la sclérotomie postérieure, mieux encore que la paracentèse de la cornée, sera préparatoire à l'iridectomie. Elle vous évitera les désastres que peut faire naître l'iridectomie sur un œil hypertendu (luxations du cristallin, hémorrhagies intraoculaires graves).

c) Une opération de date récente, mais reposant sur une base, rationnelle est l'**incision de l'angle iridien.** C'est le débridement à l'aide d'une aiguille tranchante, de l'angle de la chambre antérieure sur la moitié de la circonférence de la cornée. Cette opération, qui ouvre les voies de filtration sur une grande étendue, donnerait de bons résultats dans le glaucome prodromique et dans le glaucome chronique simple, quand les myotiques semblent avoir épuisé leur action, peut-être dans le glaucome hémorrhagique.

L'affection progresse malgré tout. — Enfin quand l'affection progresse en dépit de tous les traitements institués, dans les cas où l'iridectomie est dangereuse, où la sclérotomie n'a rien donné, en cas de glaucome chronique ou hémorrhagique ou absolu, on est autorisé à tenter la **sympathicectomie** ou résection du ganglion supérieur du sympathique cervical, opération sur laquelle je n'ai pas à insister ici. Indépendamment des phénomènes consécutifs à la section du sympathique, ptosis, congestion de la face, larmoiement, rétrécissement de la pupille, cette intervention aurait pour résultat la diminution de la tension intraoculaire, la cessation des douleurs péri-orbitaires et l'amélioration de

l'acuité visuelle, si celle-ci existait encore avant l'intervention. Cette opération de date récente, ne peut encore être jugée ; l'amélioration est rarement durable, semble-t-il ; aussi, ne la proposez à vos malades que dans les cas extrêmes, soit dans l'espoir de conserver un dernier reste de l'acuité visuelle, soit pour éviter l'énucléation.

C'est cependant encore l'**énucléation** qui est la plus indiquée dans les cas de glaucome absolu ou hémorrhagique avec perte complète de la vision et douleurs terribles et persistantes. Faites donc dans ces cas l'énucléation ; cette opération fera plus sûrement cesser les douleurs ; bien faite, avec les précautions antiseptiques d'usage, elle n'offre aucun danger.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 25 Juillet 1902

Présidence de M. CARPENTIER, vice-président

Avortement au cours du quatrième mois sous l'influence d'une insertion vicieuse du placenta.

M. Oui présente des pièces anatomiques concernant ce sujet (sera publié in-extenso).

Avortement au cours de la variole.

M. Taconnet présente un œuf intact expulsé par une varioleuse de 17 ans. Au sixième jour de la maladie, elle eut une métrorrhagie et l'avortement eut lieu sans conséquences fâcheuses pour la malade.

M. Combemale, à ce sujet, rappelle la grande fréquence de l'avortement dans la variole.

Poliomyélite antérieure chronique du type Vulpian.

M. Ingelrans présente un homme de 42 ans, atteint depuis sept ans d'une amyotrophie progressive ayant débuté par les muscles de la ceinture scapulo-humérale et y étant restée cantonnée jusqu'à ces derniers temps. Récemment l'éminence thénar droite a commencé à s'atrophier à son tour, ainsi que le quadriceps fémoral droit. Les pectoraux, deltoïdes, biceps, sus-épineux, triceps brachiaux, grands dentelés sont notablement diminués de volume et parésiés au prorata de leur atrophie. Le malade, qui peut se servir de ses mains, est incapable de déployer aucune force des bras et a dû depuis longtemps abandonner son métier. L'étiologie, dans ce cas, comme c'est la règle, est inconnue. On ne relève dans les antécédents qu'une atteinte de choléra à l'âge de six ans.

Le diagnostic ne laisse prise à aucun doute : la symétrie, l'absence de douleurs et de troubles de la sensibilité, la marche lente de la maladie, l'existence de trémulations fibrillaires permettent d'éliminer la polynévrite aussi bien que la syringomyélie. D'autre part les trémulations fibrillaires, la réaction de dégénérescence, l'absence de saillie du deltoïde, l'absence de rétractions fibro-musculaires, enfin la participation récente des muscles de l'éminence thénar ne permettent pas de penser à une myopathie : d'ailleurs, il n'existe aucun caractère familial et la maladie est apparue à une époque tardive de l'existence. Dans ces conditions, on a affaire à une poliomyélite antérieure chronique du type décrit par Vulpian. C'est une forme insolite d'une maladie assez rare et c'est à ce titre que le malade est présenté.

Mutisme hystérique

M. Ingelrans rapporte l'histoire d'un étudiant âgé de 34 ans, extrêmement nerveux et, en outre, grand fumeur, qui, tout-à-coup, il y a six semaines, devint muet à la suite d'une vive émotion. Les mouvements de la langue et des lèvres étaient conservés, mais le mutisme était absolument complet et, de plus, l'aphonie était totale. A peine persistait-il un cri guttural.

Lorsque le malade a été vu pour la première fois, c'était le lendemain matin, après une nuit traversée de cauchemars et une agitation extrême. A ce moment, ce jeune homme va et vient dans sa chambre, il est hors de lui, il écrit incessamment pour expliquer qu'il ne souffre pas, mais qu'il est dans l'impossibilité de prononcer aucune parole. Un spasme labié du côté gauche, entrecoupé de secousses convulsives perpétuelles de la joue, frappe tout d'abord l'observateur. La conservation de l'écriture qui est parfaite montre l'intégrité du langage intérieur et indique de suite qu'il ne peut s'agir d'aphasie motrice vraie ou corticale. En outre, l'absence totale de paralysie de la face ou des membres éloigne un pareil diagnostic ; cette intégrité des mouvements de la face et des membres ne permet pas non plus l'hypothèse d'une aphasie pure ou sous-corticale avec intégrité de la zone du langage. L'apparition subite du mutisme, l'existence du spasme labié avec secousses concomitantes, la constatation de l'aphonie accompagnant le mutisme, le tabagisme avéré, la violente émotion du début, le tempérament névropathique du sujet, tout concordait pour le diagnostic de mutisme hystérique qui fut fait sur le champ.

Après avoir rassuré le malade et lui avoir promis une prompte guérison (ce qui était se risquer, puisque chez une malade vue par Sédillot le mutisme a duré douze ans), on se mit en devoir de l'hypnotiser. Il s'endormit vite, mais pas complètement, car son agitation persistait, se traduisant par de brusques mouvements involontaires. Au cours de l'hypnose, il répéta avec difficulté quelques syllabes mal articulées, mais au moins l'aphonie disparut pendant cette période de sommeil, si le mutisme persistait. Au réveil, état analogue à ce qu'il était auparavant.

M. Ingelrans raconte que, les jours suivants, cet homme, muni d'un cahier de papier, écrivait sans trêve toutes ses idées et impressions pour les communiquer à ceux qui l'entouraient. D'ailleurs, c'est une chose couramment

observée chez les muets de ce genre. Une nouvelle séance d'hypnotisme ne donna pas meilleur résultat : après le sommeil, obtenu sans peine, l'état n'était point modifié. Au bout d'une quinzaine, le malade annonça qu'il avait consulté tous ceux qui auraient pu le faire sortir de son silence involontaire et que Paris lui réservait sans doute la guérison. Il y partit et on a appris indirectement qu'il en était revenu guéri par suggestion, parlant mieux que jamais, et sans doute enchanté d'en être quitte en moins d'un mois.

Cette histoire ne tranche pas sur les observations analogues dont Natier a donné en 1887 une si bonne description d'ensemble et dont on en connaît des centaines. Mais chacune est frappante par les circonstances étranges qui l'entourent et qui sont bien faites pour frapper l'imagination. Ces sujets sont tout à fait dans la situation des aphasiques sous-corticaux : le lien qui unit leur centre de Broca à leur centre moteur de la langue et des lèvres est rompu momentanément. On a vu quelle longue durée cet accident peut avoir : il faut ajouter que les récidives sont d'une fréquence notable. C'est un point noir dans le pronostic.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Nous apprenons avec la plus vive satisfaction que MM. les docteurs Oui et Ausset, professeurs agrégés de la faculté, ont obtenu de la Société des Sciences de Lille chacun un prix Pingrenon, de la somme de 250 francs, pour leurs travaux sur **la mortalité infantile à Lille.**

— Nous avons plaisir à relever parmi les distinctions honorifiques accordées au corps enseignant à l'occasion du 14 juillet, les nominations comme **Officiers d'Académie**, de MM. les professeurs-agrégés Gérard Ernest, Gérard Georges et Carrière. Nous adressons à nos collègues nos meilleures félicitations à ce sujet.

— Nous relevons parmi les récentes mutations dans le **Corps de santé militaire** intéressant notre région, celles de MM. les docteurs Gruson, médecin-major de 2e classe désigné pour le 91e d'infanterie à Mézières (Ardennes) ; Renaud, médecin-major de 2e classe désigné pour le 1er bataillon d'artillerie à pied, à Lille ; Courtois, médecin-major de 2e classe désigné pour le 3e chasseurs à cheval à Abbeville (Somme).

— Dans sa séance du 12 juillet, la **Société de Biologie**, a élu M. le docteur Delezenne, de l'Institut Pasteur, de Paris, membre titulaire. Nous adressons toutes nos félicitations au docteur Delezenne, qui fut élève de notre faculté de médecine.

— Le **Concours pour l'Internat et l'Externat des hôpitaux de Lille** aura lieu le 3 novembre au matin. Une affiche ultérieure annoncera le nombre des places vacantes.

— Les **concours pour les prix de fin** d'année ont eu lieu les 16 et 21 juillet :

⁂ Les candidats de première année ont eu comme sujet de composition écrite : *Couches optiques et corps striés* ; l'épreuve pratique comportait en une découverte d'organes.

Présentés ex-æquo pour la première place, MM. Minet et Paquet ont dû faire une troisième épreuve non prévue au programme et qui a consisté en une reconnaissance de différents organes sur pièces sèches. MM. Minet et Paquet ont été présentés ex-æquo pour la récompense.

⁂ Les candidats de seconde année, ont à l'écrit traité *de la miction* ; *preuves de l'existence des nerfs et des centres sécrétoires* ; *différentes variétés de leucocytes et leur origine.* L'épreuve pratique a porté sur *la reconnaissance de diverses préparations d'histologie normale.* Le jury a présenté pour le prix M. Descarpentries ; pour une mention honorable, M. Pollet ; MM. Douay et Butruille ont été ensuite classés.

⁂ Les candidats de troisième année ont eu à traiter, comme question écrite, *du Tétanos* ; restait dans l'urne *Erysipèle* ; à l'oral, le malade donné était une *ostéomyélite eberthienne de la 4me côte droite* ; l'épreuve pratique de médecine opératoire a consisté en la *désarticulation au poignet.* M. Caudron a été classé premier, M. Tacconet second.

⁂ Les candidats de quatrième année, après avoir traité à l'écrit *des accidents de la lithiase biliaire* et de la *rétroversion de l'utérus gravide,* — il restait dans l'urne *kystes hydatiques du foie* et *accidents de la délivrance,* — ont examiné à l'épreuve clinique un malade porteur du *syndrôme de Reichmann avec ulcère et spasme pylorique* ; comme épreuve d'anatomie pathologique ils ont eu à reconnaître des préparations de *foie gras,* d'*emphysème pulmonaire,* deux pièces *d'ulcérations typhiques de plaques de Payer.* M. Lerat a été proclamé premier lauréat, M. Dancourt a été présenté pour la mention honorable.

Soutenances de Thèse

M. F. C. Deroy, de Bauvin (Nord), a soutenu, avec succès, le mercredi 23 juillet, sa thèse de doctorat (6e série, n° 100), intitulée : **Psychoses typhiques chez les enfants.**

— M. H.-E.-J. Lagache, de Beaumont (Nord), ex-interne des hôpitaux de Tourcoing, externe des hôpitaux de Lille, a soutenu, avec succès, le jeudi 24 juillet, sa thèse de doctorat (6e série, n° 101), intitulée : L'adrénaline, son **emploi en oto-rhino-laryngologie.**

— M. J.-E.-A. Bridoux, de Beuvry (Pas-de-Calais), a soutenu, avec succès, le vendredi 25 juillet, sa thèse de

doctorat (6ᵉ série, nº 96), intitulée : **Pronostic et traitement des fractures de la rotule.**

— M. A.-L.-J. Chuffart, de Fretin (Nord), a soutenu, avec succès, le vendredi 25 juillet, sa thèse de doctorat (6ᵉ série nº 97), intitulée : **Contribution à l'étude des fractures du carpe et de leur traitement.**

— M. F.-V.-J. Leclercq, de Rivière (Nord), ex-interne des hôpitaux, a soutenu, avec succès, le vendredi 25 juillet, sa thèse de doctorat (6ᵉ série, nº 102), intitulée : **Contribution à l'étude des cytotoxines, cytotoxines placentaires.**

— M. F.-P. Jouvenel, de Lille (Nord), ex-interne des hôpitaux, préparateur d'histologie à la Faculté, lauréat (1er) de la Faculté, a soutenu, le samedi 26 juillet, avec très grand succès, sa thèse de doctorat (6ᵉ série, nº 99), intitulée : **Recherches sur quelques détails de structure des glandes salivaires (croissants de Giannuzzi, grains de sécrétion).**

— M. P. Ivanoff, de Smolsko (Bulgarie), a soutenu, avec succès, le samedi 26 juillet, sa thèse de doctorat (6ᵉ série, nº 103), intitulée : **Hernie de la trompe de Fallope.**

— M. L.-F. Knoll, de Vendresse (Ardennes), ancien aide de clinique obstétricale à la Faculté, a soutenu, avec succès, le samedi 26 juillet, sa thèse de doctorat (6ᵉ série, nº 98), intitulée : **Traitement des kystes de l'ovaire compliquant la grossesse.**

— M. F.-M. Mathieu, de Douai (Nord), interne des hôpitaux et de la maternité de Rouen, a soutenu, avec succès, le jeudi 24 juillet 1902, sa thèse de doctorat (6ᵉ série, nº 93), intitulée : **Contribution à l'étude du syndrôme de Stokes-Adams (un cas avec thromboses bulbaires).**

— M. J.-A. Gillet, de Clermont (Meuse), a soutenu, avec succès, le mercredi 23 juillet 1902, sa thèse de doctorat (6ᵉ série, nº 92), intitulée : **Pseudoanévrysmes d'origine hystérique et en particulier pseudoanévrysmes de la crosse de l'aorte.**

— M. H.-J.-A. Vanlaer, de Lille (Nord), a soutenu, avec succès, le mercredi 23 juillet 1902, sa thèse de doctorat (6ᵉ série, nº 89), intitulée : **Des anévrysmes de l'arcade palmaire superficielle.**

— M. L.-J. Fauverghe, de Croix (Nord), a soutenu, avec succès, le mercredi 23 juillet 1902, sa thèse de doctorat (6ᵉ série, nº 90), intitulée : **Contribution à l'étude de la perforation spontanée des pyo-salpinx dans la vessie.**

— M. F.-E. Dehay, de Harnes (Pas de-Calais) a soutenu avec succès le jeudi 24 juillet 1902 sa thèse de doctorat (6ᵐᵉ série, nº 94) intitulée : **Contribution à l'étude des lipomes intramusculaires.**

— M. F.-J.-M. Rallier du Baty, de Lorient (Morbihan) a soutenu avec succès le jeudi 24 juillet 1902 sa thèse de doctorat intitulée : **Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des abcès sous-phréniques.**

Notre Carnet

Le docteur Brulant, de Vendin-le-Vieil, nous fait part de la naissance de sa fille Thérèse. Nous adressons à notre excellent confrère nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Distinctions honorifiques

Légion d'honneur. — Ont été nommés *chevaliers* : MM. les docteurs Imbeaux, de Nancy.

Instruction publique. — Ont été nommés *Officiers d'Académie*, MM. les docteurs Amblard, de Fumel (Lot-et-Garonne) ; Panné, de Nevers (Nièvre) ; Diard, du Creusot (Saône-et-Loire) ; Verneuil, de Blérancourt (Aisne).

Mérite agricole. — Sont nommés *officier* : M. le docteur Ribes, de Guchen (Hautes-Pyrénées) ; *chevaliers* : MM. les docteurs Bilhaut, de Paris ; Enquin, de Semur (Côte-d'Or) ; Frugier, de Nexon (Haute-Vienne).

Médaille des épidémies. — Ont été décernés : la *médaille d'or*, à M. le docteur Raynaud, médecin chef de l'hôpital civil d'Alger ; la *médaille d'argent*, à MM. les docteurs Perret, médecin chef de l'hôpital militaire de La Calle ; Uzac, médecin au 1er chasseur d'Afrique ; Castagnori, interne de l'hôpital civil de Constantine ; la *médaille de bronze* à M. Charvin, interne de l'hôpital de Mustapha.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Montpellier. — M. le professeur Massol est nommé pour trois ans, directeur de l'École supérieure de pharmacie.

Tours. — M. le pharmacien Dorléans est institué pour neuf ans, chef des travaux de physique et de chimie.

Nancy. — Il est créé un diplôme de chirurgien dentiste à l'usage des étrangers.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Chassagne, de Saint-Gauthier (Indre) ; Eyries, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Houdart, médecin de la marine ; Roux, de Chinon (Indre-et-Loire) ; Sabaros, de Courville (Eure-et-Loir) ; Creutzer, de Ceintrey (Meurthe-et-Moselle) ; Ordenstein de Paris.

Ouvrages déposés aux bureaux du journal :

— **Constitution de la thérapeutique**, par le docteur P. Jousset. *J.-B. Baillière et fils*, Paris, 1902.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN

N° 290. Sixième Année N° 31. Le Numéro : **10** centimes. 3 Août 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La Rage

Leçon faite à l'Institut Pasteur le 20 juin 1901

par **M. C. Guérin**, médecin-vétérinaire, chef de laboratoire.

MESSIEURS,

La rage est une maladie contagieuse qui, dans les conditions ordinaires de la vie, frappe surtout les carnassiers et notamment le chien, mais qui peut se transmettre à tous les animaux domestiques et même à l'homme. Dans la grande majorité des cas, elle résulte de la morsure d'un chien enragé ; mais on peut aussi la faire naître par l'inoculation de la salive, de la bave ou de la substance nerveuse d'un animal enragé quelconque. Elle figure parmi les maladies visées par la loi du 21 juillet 1881.

La rage est connue de toute antiquité, les anciens l'ont bien décrite et CELSE le premier la dépeint « la plus terrible des maladies dans laquelle le patient est torturé à la fois par la soif inextinguible qu'il ressent, et par la répulsion invincible qu'il éprouve pour l'eau ». CELSE était surtout médecin et cette citation le prouverait s'il était besoin, c'est qu'en effet l'hydrophobie, l'horreur de l'eau, est un symptôme tout à fait particulier à l'homme enragé, aucun de nos animaux domestiques ne le manifeste. Il est d'ailleurs démontré que l'homme enragé n'a véritablement pas horreur de l'eau, mais il éprouve une sensation désagréable à la vue de ce liquide. La rage se traduit presque toujours au début par une hyperexcitabilité de tous les sens ; et l'agitation de l'eau, le scintillement particulier qui se fait à sa surface exagèrent au plus haut point ces sensations pénibles. Si au contraire le liquide est contenu dans un vase opaque et couvert, de façon que le malade ne puisse le voir, ni entendre le bruit produit par son agitation, il la boit avec une satisfaction évidente.

Il faut donc rejeter le mot hydrophobie, et conserver celui de rage qui a une signification bien précise, et qui a l'avantage de ne rien préjuger de la nature de la maladie.

La rage est peut-être la maladie de nos animaux la plus universellement connue : l'enfant dès qu'il peut parler et comprendre apprend son nom qui éveille en lui la crainte et l'effroi. C'est une maladie dont l'incubation est très longue ; il peut s'écouler des mois sans qu'aucun trouble, qu'aucun prodrome décèle l'apparition de cette terrible maladie. Et pendant tout ce temps l'individu mordu peut donner libre carrière à son imagination, ses nuits sont sans sommeil, han-

tées de rêves abominables, l'existence est pour lui un véritable supplice contre lequel il n'est pas de remède.

Aussi, autrefois, alors qu'on ne connaissait encore aucun traitement efficace pour empêcher l'inoculation de la morsure rabique, les vétérinaires qui faisaient l'autopsie d'un chien qui avait mordu affirmaient toujours énergiquement que l'animal n'était pas enragé. Aujourd'hui, au contraire, dès que l'on a le moindre doute, il faut dire aux intéressés tout ce qu'il en est, en les rassurant et leur recommandant d'aller se faire traiter sans retard aux Instituts Pasteur.

Nous commencerons l'étude de la rage par sa symptomatologie chez le chien. Il est très important, en effet, de bien connaître ses manifestations chez cet animal, surtout celles du début.

On se figure en général que la rage se caractérise d'emblée par des accès de fureur ; que le chien enragé devient tout à coup féroce et que subitement poussé par un instinct irrésistible il ne songe plus qu'à mordre, qu'à déchirer ceux qui l'approchent, même les personnes qu'il affectionnait le plus. C'est une des nombreuses idées fausses qui environnent l'histoire de la rage et cette idée fausse peut devenir funeste, si, comme c'est la règle, elle conduit à négliger toute précaution contre un chien qui déjà est certainement malade, mais dont on ne se méfie pas parce qu'il n'essaie pas de mordre. Or, bien avant que le chien enragé ne songe à mordre, sa salive est virulente et rappelez-vous qu'elle peut donner la rage par une caresse ou un lèchement tout aussi sûrement que par une morsure ; et c'est évidemment en matière de rage qu'un coup de langue peut être surtout mortel.

Tout au début, le chien enragé change d'humeur ; il devient triste, sombre, inquiet, taciturne ; il recherche la solitude, l'obscurité, le silence ; il reste plus longtemps couché qu'à l'ordinaire ; il est moins attentif et moins vigilant : il ne se mêle plus aux jeux des enfants, ses camarades habituels, on ne le voit plus sauter autour d'eux, frétillant de la queue, quêtant une caresse. L'appelle-t-on il lève la tête, baisse les oreilles, remue un peu la queue, lentement, nonchalemment, et fixe sur le maître un long regard empreint de tristesse ; mais il reste dans son coin ; il faut insister, hausser la voix pour qu'il se lève et s'approche à demi rampant conscient de sa désobéissance. Souvent alors, il semble vouloir racheter son défaut d'empressement par une exagération de ses manifestations affectueuses, de ses lèchements habituels. Méfiez-vous toujours du chien familier qui semble plus caressant qu'à l'ordinaire. Ces caresses peuvent être empoisonnées et la rage peut en être la conséquence. — Il n'a pourtant encore aucune envie de mordre, il est bien portant en apparence, il mange et il boit, comme à l'ordinaire, parfois même son appétit semble accru ; il dévore pour ainsi dire les aliments qu'on lui présente, et il peut en résulter de véritables indigestions bientôt suivies de vomissements.

Très vite les symptômes du début s'accentuent : l'animal recherche les coins obscurs ; il se cache sous les meubles, sous la litière de l'écurie, derrière les tas de bois. Mais il n'y reste pas longtemps : à peine s'est-il couché en rond comme s'il allait dormir, qu'il se relève subitement, va et vient, se recouche de nouveau pour se relever encore, et toujours ainsi, la nuit comme le jour ; il est dans un état continuel d'inquiétude et d'agitation qui contraste avec toutes ses habitudes et qui frappe les personnes les moins attentives, surtout s'il s'agit d'un chien d'appartement.

Mais ces premiers symptômes vont toujours en s'aggravant : si le chien est dans sa niche, il disperse sa litière, l'éparpille et la brise ; dans l'appartement il retourne et bouleverse les coussins et les tapis sur lesquelles il couche : le repos n'existe plus pour lui : il est sans cesse en mouvement, grattant le sol, flairant dans les coins ou sous les portes, comme s'il était sur une piste ou à la recherche d'un objet perdu.

Il n'est pas rare de voir alors survenir des troubles intellectuels, de véritables hallucinations : on le voit s'arrêter tout à coup, une patte relevée, la queue droite, l'œil fixe, comme en arrêt ; puis, après quelques secondes, il quitte l'arrêt pour reprendre son manège ordinaire. Un peu plus loin, le voilà qui, subitement, sans cause appréciable, sans provocation aucune, se précipite en avant, aboyant avec fureur, les yeux fulgurants, féroces, comme s'il venait d'entendre un chien ennemi dans la pièce voisine, de l'autre côté du mur ou derrière une porte. D'autres fois enfin, il s'arrête immobile, les membres à demi-fléchis, comme aux aguets ; puis, tout à coup, il bondit, se lance en avant et mord en l'air comme s'il voulait happer une mouche au vol.

Déjà à ce moment, le chien est moins docile à la voix de son maître ; il ne répond plus au premier appel, on dirait qu'il est si profondément absorbé par ses tristes pensées, qu'il n'entend pas. Si le maître

insiste haussant la voix, le chien accourt encore manifestant son obéissance et sa fidélité par des caresses et des lèchements ; mais parfois au milieu d'une caresse, survient une hallucination nouvelle et la pauvre bête recommence une des scènes que je viens de vous esquisser.

Ces changements d'humeur n'ont rien qui réponde à l'idée que l'on s'est faite des manifestations furieuses de la rage ; ils ont pourtant une importance capitale, une signification formelle. Dès lors, le chien est enragé et peut communiquer la rage. Le maître doit donc l'enfermer ou l'enchaîner et le surveiller de très près.

Rappelez-vous bien ce principe salutaire : Tout changement dans les habitudes ou dans les allures d'un chien, doit le faire considérer comme suspect de rage, et le faire traiter comme tel, jusqu'à ce que l'on sache exactement la cause des modifications survenues.

C'est une opinion généralement répandue qu'un chien qui mange et surtout qu'un chien qui boit n'est pas enragé. Opinion funeste et qui a causé la mort de bien des gens, il n'est pas de préjugé plus répandu et plus funeste. Or on ne saurait trop le répéter, le chien enragé continue à boire, il n'est pas hydrophobe, et il ne le deviendra à aucune période de la maladie. Il éprouve, au contraire, une soif ardente qu'il cherche à satisfaire par tous les moyens en son pouvoir ; on a vu des chiens enragés faire une très longue course pour aller étancher leur soif à un ruisseau qu'ils connaissaient.

Mais si le chien enragé n'a pas horreur de l'eau, s'il recherche au contraire toutes les occasions de satisfaire la soif qui le dévore, il peut arriver qu'il lui soit impossible de boire, la rage provoque souvent des spasmes du pharynx, de telle sorte que le malheureux animal est incapable d'avaler même une gorgée d'eau. On le voit alors plonger la tête dans le liquide, l'agitant violemment, le mordant en quelque sorte, faisant des efforts désespérés, sans parvenir à déglutir même une goutte de liquide, son attitude est telle qu'on croirait qu'un os ou qu'un corps étranger s'est arrêté dans l'arrière-gorge. Que de gens n'a-t-on pas vus victimes de leur imprudente affection, s'inoculer la rage en voulant retirer l'os que leur chien avait dans la gorge.

Méfiez-vous du chien qui semble avoir un os dans la gorge, il y a neuf chances sur dix au moins, pour qu'il soit enragé.

Bientôt, deux ou trois jours après les premiers signes, apparaît un symptôme des plus importants qui permet, à lui seul, d'affirmer l'existence de la rage. La voix du chien enragé se modifie profondément ; de temps en temps, sans provocation aucune, l'animal pousse un hurlement bizarre, d'un timbre étrange, inaccoutumé, tout à fait différent du timbre habituel, Le hurlement rabique est formé de deux tons différents bien distincts ; le premier, c'est un véritable aboiement, plus rauque peut-être, un peu enroué comme celui du chien courant à la fin de la chasse, il rappelle aussi comme timbre, la toux du croup. A cet aboiement rauque, succède aussitôt une sorte de gémissement prolongé, sur un timbre beaucoup plus aigu. Il est bien difficile de décrire par des mots le hurlement du chien enragé ; il vaudrait cent fois mieux l'entendre : qui l'a entendu une bonne fois, ne l'oublie plus.

Tous les chiens enragés ne hurlent pas, il en est qui sont muets dès le début de la maladie. Ceux-là ont ce que l'on appelle la rage mue, ils sont beaucoup moins dangereux que les autres, parce qu'ils ont les mâchoires paralysées. L'aspect du chien atteint de rage mue est caractéristique ; la gueule reste béante par l'abaissement de la mâchoire inférieure ; la langue est pendante, violacée, couverte de poussière, l'œil est terne, mort pour ainsi dire. Un tel animal ne serait pas dangereux, si son propriétaire n'avait pas toujours l'idée d'aller à la recherche de l'os qui semble s'opposer au rapprochement des mâchoires, et rappelez-vous que la salive de ce chien est tout aussi virulente que celle du chien atteint de rage furieuse.

Quand la voix du chien devient enrouée, le moment approche où il va irrésistiblement être poussé à mordre ; il est toujours aussi agité ; pendant son manège incessant, on le voit souvent s'arrêter pour lécher le sol, le pavé, le plancher ; ou bien encore il ramasse un morceau de bois ou de cuir, quelques brins de paille, une pantoufle, une loque, un objet quelconque qu'il emporte dans un coin ou dans sa niche. Cet objet il le lèche d'abord, puis il le mordille, puis il le broie et le déchire, enfin il en avale des fragments. Tout lui est bon : la litière ou la paroi de sa niche, les tapis, les coussins, les chaises, les fauteuils de l'appartement, les panneaux des colliers, les cuirs

des harnais des chevaux à l'écurie ; les plâtras, la terre, le charbon, l'étoupe, les crins, le gazon, les graviers, le crottin de cheval, etc... Tout y passe, et ces corps étranges multiples et disparates on les retrouve à l'autopsie, bourrant l'estomac et l'intestin, témoins irrécusables de la nature du mal dont le chien était atteint.

Maintenant c'est sur les personnes étrangères à la maison et surtout sur les chiens, que le malade assouvira de préférence son envie de mordre. Souvent c'est la vue d'un chien qui provoque le premier accès de rage ; il se précipite sur lui les yeux féroces et s'il peut l'atteindre il le mord avec fureur.

Et ce signe d'antipathie du chien enragé vis-à-vis de ses congénères est souvent employé pour fixer le diagnostic.

Quand le chien mord des gens de la maison, c'est de préférence les gens qui ont l'habitude de le taquiner, les enfants et les domestiques.

Mais le plus souvent le chien enragé quitte la maison avant d'avoir mordu ! On dirait qu'il a conscience de son état et qu'il veut épargner ceux qu'il aime. On le voit alors filer droit devant lui au grand trot, franchissant jusqu'à cinquante kilomètres en une journée. Il semble indifférent à ce qui se passe le long du chemin ; il ne songe plus à muser sur les tas d'ordures, on dirait que sa course a un but déterminé ; mais s'il rencontre un chien, quelle que soit sa taille, sans hésitation, sans aboyer ni gronder, sournoisement, brutalement, il va droit à lui, se jette sur lui et le mord toujours du côté de la tête. Il ne s'acharne pas après sa victime, après deux ou trois coups de dents, il la quitte et reprend sa course. Aperçoit-il un second chien, il se jette sur lui sournoisement, et le mord comme le premier, autant de chiens qu'il rencontre, autant de victimes. Puis il s'adressera aux autres animaux, chats, moutons, bœufs, chevaux, et, si c'est un chien naturellement hargneux, il n'hésitera pas à se précipiter sur l'homme.

Que devient le chien enragé qui s'est ainsi enfui de la maison ? Le plus souvent on s'est mis à sa poursuite, et il meurt assommé au coin d'une rue ou tué d'un coup de fusil sur la route. Fait curieux, si lente que soit la mort à venir, si nombreux que soient les coups qu'il reçoit, il ne pousse pas un cri, il est muet sous la douleur.

S'il réussit à échapper aux poursuites, il ira plus loin, de village en village, faisant de nouvelles victimes, jusqu'à ce que, épuisé de fatigue, mourant de faim et de soif, terrassé par la paralysie envahissante, il tombe derrière un tas de pierres, le long d'un fossé, au coin d'un bois, n'ayant plus la force que de pousser de temps en temps son hurlement sinistre, plus rauque que jamais. C'est là qu'il expire et qu'on retrouvera son cadavre dans quelques jours.

Mais il peut se faire aussi, et le cas est fréquent, qu'après trente-six ou quarante-huit heures, il rentre à la maison. C'est maintenant qu'ayant perdu tout instinct, tout sentiment de gratitude, il se jettera sur son maître, dans un dernier accès, et comme pour parachever l'œuvre de dévastation déjà commencée.

Lésions de la rage. — En thèse générale les lésions de la rage n'ont rien de spécifique et l'on peut dire que l'autopsie ne peut pas donner la certitude absolue que l'animal est mort enragé. Cependant, lorsqu'on a des renseignements précis sur les changements survenus dans les habitudes du sujet, sur les circonstances qui ont précédé la mort, les signes trouvés à l'autopsie donnent une quasi-certitude et l'on est autorisé, dans la pratique, à affirmer l'existence de la rage. 99 fois sur 100, les conclusions basées sur ces deux ordres de renseignements seront exacts.

Mais si l'autopsie permet souvent d'affirmer, même lorsqu'on n'a pas vu le chien vivant, l'existence de la rage, l'absence des signes ordinaires de la maladie n'autorise jamais à affirmer que l'animal n'était pas enragé.

Il n'est pas rare, en effet, que des chiens manifestement enragés ne présentent à l'autopsie aucun des signes ordinaires de la maladie, et cependant l'inoculation de la salive ou de la substance bulbaire donne la rage aux animaux inoculés ; aussi faut-il être d'une extrême prudence, lorsqu'on doit se prononcer sur l'existence ou l'absence de la rage d'un chien que l'on n'a pas vu vivant. Je le répète il est souvent possible d'affirmer que le chien était enragé, l'affirmation opposée n'est jamais permise.

Les lésions les plus constantes trouvées à l'autopsie consistent dans l'irritation, l'inflammation du pharynx, parfois de l'œsophage, et dans la présence de corps étrangers dans l'estomac où les autres parties du tube digestif. La présence de ces corps étrangers n'implique pas fatalement l'existence de la rage, mais on a de ce fait une grande probabilité. Ces signes autorisent à conclure à la rage ; il ne faut pas oublier qu'en cette

matière l'abstention peut entraîner mort d'homme, en cas de doute il faut toujours conseiller aux personnes d'aller suivre le traitement à l'Institut Pasteur.

Chez les herbivores il n'est pas rare de trouver du sucre dans l'urine contenue dans la vessie, le fait a été signalée par M. Roux.

Rien de semblable chez le chien. Cette glycosurie est intéressante à consulter au point de vue scientifique, elle concorde en effet avec la localisation primitive du virus rabique, dans les centres nerveux et surtout dans le bulbe, l'irritation de ce dernier, ainsi que l'a démontré Cl. Bernard, aboutissant à l'apparition de sucre dans l'urine.

Jusqu'à ces derniers mois tous les auteurs qui se sont occupés de l'étude histologique des lésions nerveuses dans la rage, avaient paru ne chercher ces lésions que dans les centres nerveux. On ne trouva d'abord que des lésions vasculaires accompagnées d'une infiltration de la substance blanche et de la substance grise par des éléments cellulaires ronds.

A partir de 1890 les auteurs étudient surtout les lésions cellulaires. Babes appelle l'attention sur les foyers miliaires péricellulaires déjà décrits par Kolesnikoff et Coats, il leur donne le nom de *tubercules rabiques*. Ces tubercules constitueraient quelque chose de spécifique, au point que leur présence seule dans dans une partie quelconque du névraxe, permettrait de porter le diagnostic de rage. Malheureusement, ces lésions ne sont pas constantes ; et leur absence n'autorise pas à porter un diagnostic négatif.

Il y a quelques mois, MM. Van Gehuchten et Nélis annoncèrent avoir constaté la présence constante de ces lésions, dans les ganglions nerveux périphériques. C'est dans ces ganglions que le virus rabique exerce de préférence son action délétère. Cette action nocive du virus rabique, se traduit en dehors par une pullulation abondante des cellules de la capsule endothéliale, entraînant à sa suite la destruction d'un nombre considérable de cellules nerveuses.

Rien n'est plus démonstratif à cet égard que la comparaison d'une coupe d'un ganglion spinal du chien normal avec la coupe d'un ganglion d'un animal mort de rage. Tandis que dans la première, les cellules nerveuses volumineuses, serrées les unes contre les autres, occupent complètement la capsule endothéliale qui leur est réservée, on voit dans le ganglion rabique, qu'un nombre considérable de cellules nerveuses ont disparu et sont remplacées par des amas de petites cellules rondes formant des nodules cellulaires plus ou moins nettement séparés des parties voisines. Les cellules nerveuses qui persistent présentent des lésions variées dans leur protoplasma et dans leur noyau.

Ces auteurs disent que ces lésions spécifiques des ganglions cérébro-spinaux se sont reproduites chez tous les animaux rabiques qu'ils ont pu se procurer et même chez deux hommes morts de rage. Malheureusement dans un deuxième mémoire du mois d'Avril, Van Gehuchten et Nélis, faisant leurs constatations sur des animaux inoculés avec du virus fixe de Paris et de Lille, trouvèrent des résultats beaucoup moins constants, et arrivèrent à penser que le virus fixe employé dans le traitement de la rage après morsure, n'est pas identique, quant à ses manifestations ganglionnaires, au virus de rage des rues.

Enfin, dans une note toute récente à l'Académie de médecine, M. le Pr Nocard signale les expériences de MM. Cuillé et Vallée, de Toulouse, qui, opérant sur des animaux sacrifiés à diverses périodes de l'évolution de la rage, trouvent des résultats inconstants. M. Nocard en conclut qu'il en est du diagnostic histologique de la rage comme du diagnostic nécropsique.

Quand le résultat est positif, on peut affirmer que le chien était enragé ; quand il est négatif, on n'a pas le droit d'affirmer que le chien n'était pas enragé ; le diagnostic reste incertain et le devoir étroit du médecin ou du vétérinaire est, aujourd'hui comme hier, d'engager la personne mordue à recourir au traitement de l'Institut Pasteur.

La rage procède uniquement de la contagion, c'est-à-dire qu'un chien ne peut devenir enragé qu'autant que le germe de la maladie lui a été transmis par un autre chien enragé. En d'autres termes la rage ne peut pas naître spontanément. C'est là une proposition que l'on eût qualifié d'hérétique il y a bien peu d'années encore. Tout le monde croyait et beaucoup de gens croient encore, que la température élevée, que la grande fatigue, que la soif, la colère, la souffrance, les excès ou les privations de toutes sortes, même l'obligation de la muselière peuvent faire naître la rage chez un certain nombre de sujets. On sait aujourd'hui qu'aucune de ces causes n'est capable de provoquer la rage. En réalisant toutes ces causes expérimentalement, en combinant même les effets des unes, avec les effets des autres, jamais personne n'a réussi à rendre un chien enragé.

La virulence de la salive, quoique admise en principe, n'avait jamais été démontrée expérimentalement ; les recherches, sur ce sujet, étaient singulièrement compliquées, par l'obligation dans laquelle on se trouve d'utiliser, pour ces expériences, la salive impure, c'est-à-dire souillée de germes étrangers qui masquaient ou dénaturaient les résultats réels. Aussi la question fit-elle un pas considérable quand, en 1881, M. Pasteur annonça qu'il avait trouvé, dans les centres nerveux des animaux morts de rage, une source pure de virus.

Le sang n'est jamais virulent. Le mucus bronchique, considéré par M. P. Bert comme un agent possible de contamination, n'emprunte ses propriétés nocives qu'à son mélange avec la salive.

Les glandes lacrymales, mammaires et le pancréas sont rarement mais quelquefois virulents. On peut donc dire : Qu'en dehors du système nerveux, on ne constate la virulence que dans certaines glandes et dans leurs produits de sécrétion.

Tous les autres tissus ou liquides de l'organisme ne contiennent pas le virus rabique.

La contagion naturelle s'opère le plus souvent par une morsure ou, ainsi que je vous l'ai dit, par le dépôt de salive ou d'éléments virulents sur une plaie récente, je dis récente car l'expérience prouve que le badigeonnage d'une plaie bourgeonneuse avec de la substance virulente ne provoque jamais la rage.

La forme de la morsure est aussi à considérer ; il est bien évident que les morsures de carnassiers, en raison même de la forme de leurs dents, sont beaucoup plus dangereuses que celles des herbivores qui ne provoquent que des plaies contuses.

D'autre part, les morsures portant sur des parties du corps dépourvues de poils, ou aux endroits où la peau est plus fine, sont beaucoup plus fréquemment suivies de succès. La dent, en effet, a des chances de s'essuyer avant d'intéresser le tégument, lorsqu'elle a traversé une peau recouverte de poils abondants, ou garnie de vêtements comme chez l'homme. Les morsures à la face, aux bras et aux narines, sont particulièrement dangereuses, en raison de la finesse des tissus et de leur grande vascularisation.

C'est un fait d'observation rigoureusement établi que l'inoculation a d'autant plus de chances de succès qu'elle est effectuée plus près des centres nerveux. Les statistiques anciennes de la rage montrent que chez l'homme les morsures aux mains ou à la face se terminaient beaucoup plus souvent par la mort que celles des extrémités inférieures.

La rage ne se transmet pas par les voies digestives, de nombreuses expériences le prouvent, en sorte que l'on a exagéré de beaucoup les dangers qui peuvent résulter de la consommation d'un animal suspect de rage. La loi défend en effet la consommation d'un animal qui vient d'être mordu par un chien enragé. En ce cas l'abus est flagrant et l'abattage de ces sujets ne peut présenter aucun danger pour la santé publique.

Il y a de nombreux moyens de provoquer la rage expérimentalement. Le plus sûr consiste à trépaner la boîte crânienne, et à déposer une très petite quantité de substance nerveuse virulente dans la cavité arachnoïdienne. MM. Pasteur et Roux pensèrent qu'en déposant ainsi la matière virulente aussi près que possible des centres nerveux, le temps d'incubation serait notablement diminué. L'événement confirma leurs prévisions. Le délai d'incubation chez le lapin n'excède jamais 13-15 jours pour la rage des rues.

Il y a un autre procédé plus facile et par conséquent plus à la portée des praticiens, il consiste à inoculer le virus dans la chambre antérieure de l'œil ; par ce procédé d'inoculation la rage survient à peu près aussi vite que par trépanation, mais il est moins constamment fidèle, dans quelques rares cas l'incubation dure aussi longtemps que par la morsure.

On peut injecter le virus rabique, dans le tissu conjonctif, dans la cavité péritonéale, ou, mieux, dans l'épaisseur des muscles, mais ce sont là des procédés inférieurs aux précédents et qui peuvent laisser longtemps le médecin dans l'incertitude.

Enfin un dernier moyen permettant de provoquer le développement de la rage à coup sûr : c'est l'injection de la substance virulente dans les veines.

L'inoculation du virus rabique dans les veines donne lieu à des formes de rage très bizarres. Rarement par ce procédé on obtient la rage furieuse, ce qui est de règle, lorsque l'on opère par inoculation arachnoïdienne, ou par injection dans la chambre antérieure de l'œil. Une autre particularité à noter, c'est qu'au début de la rage provoquée par injection intraveineuse, l'animal manifeste une hyperexcitabilité considérable, qui le pousse à se gratter, à se lécher, parfois à se déchirer.

Enfin, je vous signale dès maintenant, j'y reviendrai dans un instant, que chez les Ruminants (bœuf, mou-

ton, chèvre, etc.), l'injection intraveineuse de virus rabique, loin de provoquer la rage confère l'immunité la plus solide à l'égard de la maladie.

Quel que soit le mode de pénétration du virus dans l'organisme, il s'écoule toujours un temps assez long, entre le moment de l'entrée et celui de l'apparition des premiers symptômes.

D'ailleurs très variable, la durée de période d'incubation, lors de contagion accidentelle, semble être sous la dépendance d'une foule de circonstances encore indéterminées.

Chez le chien l'incubation moyenne de la rage est de trente à soixante jours, les extrêmes étant de 8 jours à un an.

Chez les solipèdes, ruminants et porcs ce délai oscille entre dix jours et 6 mois.

Pathogénie. — Encore assez incomplète la pathogénie de la rage a révélé des faits intéressants.

Le Dr Duboué, de Pau, a soutenu que le virus rabique se propage exclusivement par la voie des nerfs et non par les voies de l'absorption ordinaire. Ainsi s'expliquerait la longue durée de l'incubation, variable suivant le siège de la morsure.

Cependant l'injection intraveineuse provoquant presque toujours la rage, le Dr Duboué prétendait que pendant l'injection on blessait avec l'aiguille les filets nerveux de la paroi du vaisseau. La réfutation de cet argument fut facile à faire par l'amputation hâtive de l'oreille du lapin inoculé, avec l'anse galvanique.

D'un autre côté MM. Roux et Nocard injectèrent à l'extrémité de la queue quelques gouttes de virus rabique, à six chiens. A priori, d'après la théorie nerveuse, ces animaux devaient d'abord présenter de la paralysie dorso-lombaire ? Ce fut le cas pour trois d'entre eux, le quatrième prit d'emblée de la rage mue, les deux autres de la rage furieuse.

Les localisations du virus rabique dans le cerveau sont donc des plus diverses, c'est ce qui explique les manifestations aussi nombreuses que différentes de la rage, sans que l'on puisse les prévoir à l'avance et sans qu'on puisse rien préjuger de la voie que suit le virus rabique pour gagner les centres nerveux.

Il résulte de cette pullulation exclusive dans le cerveau et dans la moelle qu'à un certain moment ces parties sont seules douées de la virulence, toutes les glandes étant encore saines.

Mais très rapidement le virus diffuse par les nerfs périphériques et c'est ainsi qu'il envahit les glandes salivaires, dans un ordre indéterminé et d'après la rapidité de la progression dans le cordon nerveux efférent. Ce qui le prouve c'est qu'en inoculant la corde du tympan, le nerf sécréteur ou vaso-dilatateur de la glande sous-maxillaire, on réussit le plus sou-souvent à développer la rage.

M. Roux a d'autre part démontré que les troubles respiratoires observés souvent chez l'homme enragé sont dus à l'envahissement du noyau d'origine du pneumogastrique, ainsi que le prouve l'inoculation positive.

Le virus rabique est assez peu résistant, la dessiccation à l'air libre le détruit en quatorze ou quinze jours, les moelles de lapin enragé exposées ainsi à l'air sec perdent leur virulence en quatorze jours.

Sous une masse plus considérable, et à une température assez basse, la virulence peut se conserver de vingt à quarante jours. La putréfaction n'a que peu d'influence, le cerveau d'animaux enragés était encore virulent quarante-quatre jours après l'enfouissement chez un chien.

A 50° le virus rabique est détruit en cinq minutes. A 60, il est tué immédiatement. Par contre le froid semble n'avoir aucune action sur lui, même si on l'expose à des températures de 80° au-dessous pendant plusieurs heures.

Le CO^2 comprimé à 60 atmosphères ne le détruit pas.

La glycérine est un agent dans lequel la virulence se conserve extrêmement longtemps. Cette propriété de la glycérine découverte par M. Roux a servi, ainsi que je vous le dirai dans un instant, à l'immobilisation des moelles rabiques, dans leur degré d'atténuation dans le traitement de la rage après morsure. C'est aussi grâce à la propriété de ce liquide, que le professeur Calmette a pu conserver virulentes des moelles rabiques, pendant toute la traversée de France à Saïgon, soit deux mois.

Quant à l'action des antiseptiques, elle est assez peu connue, cependant le peu de résistance du virus le rend attaquable par tous ces agents. Les plus recommandés sont le sublimé à 1/1000 et l'essence de térébenthine à 1 2000.

Traitement de la rage après morsure. — De ce que je viens de vous dire, vous pouvez conclure, qu'en matière de rage, l'absorption du virus déposé par une morsure est instantanée, c'est ce qui rend illusoire

l'emploi des cautérisations potentielles ou actuelles. Il s'écoule en effet toujours trop de temps entre le moment de la morsure et celui de l'emploi de ces agents.

Je vous disais il y a un instant que l'injection intraveineuse de virus rabique conférait l'immunité. Cette méthode, aujourd'hui employée par nombre de vétérinaires, permet de limiter les pertes dues à cette maladie. Le procédé serait-il applicable à l'homme. J'avoue mon impuissance à vous répondre. L'expérience n'a jamais été tentée ; ce n'est pas que l'envie ait manqué aux expérimentateurs, mais la matière expérimentale a fait jusqu'à présent défaut.

Il fallait donc trouver autre chose. Le microbe de la rage étant inconnu, et sa culture étant négative, dans les milieux où on l'a tenté, il semblait qu'aucune des méthodes d'atténuation connue ne pouvait être appliquée.

Cependant à force de recherches on est parvenu à atténuer la virulence de la rage et cela par un procédé singulier que M. Pasteur avait déjà employé dans l'étude du rouget. Il arriva, par des passages successifs de lapin à lapin, à diminuer progressivement et très lentement la durée d'incubation de la maladie. La rage, qui au début mettait quatorze ou quinze jours à évoluer, ne met plus maintenant au 645me passage, que six à sept jours. Le virus rabique ainsi obtenu est dit virus fixe, c'est-à-dire que son inoculation provoque toujours la mort dans le même délai, il est hypervirulent.

— Je vous disais, il y a un instant, que la seule dessiccation détruisait la virulence rabique en quatorze jours.

Partant donc d'un produit à virulence fixe, il est facile, en le mettant en présence de l'air sec pendant des temps variables, d'obtenir des virus à tous les degrés d'atténuation.

C'est sur ce principe que M. Pasteur a édifié sa fameuse méthode du traitement de la rage après morsure.

— La moelle du lapin mort de rage provoquée par le virus fixe, laissée quatorze jours dans l'air sec, n'est plus virulente. C'est une émulsion d'une semblable moelle qui fournira la matière de la première injection aux patients.

Le lendemain on injectera une moelle n'ayant séjourné que treize jours dans l'air sec, le troisième jours une moelle vieille seulement de douze jours et ainsi de suite, on arrive ainsi vers la fin du traitement à inoculer une rage plus virulente que celle du chien mordeur. L'organisme des malades saturé par ces doses considérables d'émulsion rabique à virulence croissante acquiert de ce fait une immunité extrêmement solide qui peut durer au moins cinq années.

Ce traitement, qui avait constamment réussi chez les animaux, fut appliqué à l'homme en 1885 par M. Pasteur, sur l'insistance de MM. Vulpian et Grancher. Il donna des résultats inespérés. Les statistiques anciennes les plus sévères avaient établi que la mortalité consécutive aux morsures rabiques s'élevait à 16 % des personnes mordues. Aujourd'hui elle n'est plus pour les personnes traitées que de 0,76 pour % des individus mordus par des chiens dont la rage est reconnue expérimentalement.

Inutile de vous dire que la pratique des injections de moelle ne présente aucun danger, jamais nous n'avons à constater de phlegmons, de lymphangites ou d'adénites consécutives, à la condition que ces injections soient faites proprement.

Je ne vous parlerai pas des critiques, des injures sans nombre qu'on a déversées sur la tête de M. Pasteur et de ses collaborateurs. Ils ont suivi leur voie, impassibles, laissant au temps le soin de mettre toutes choses en état. — A l'heure actuelle tout ce bruit s'est éteint, les détracteurs les plus véhéments cherchent l'ombre et le silence, et le monde entier rend hommage à la découverte du grand Pasteur.

Un cas de non-consolidation de fracture du fémur. Cause possible de cette non-consolidation

Par le professeur **H. Folet**

Au mois d'octobre 1901, entra dans le service de la clinique chirurgicale de Saint-Sauveur, salle Saint-Jean, N° 29, un homme de 54 ans, qui s'était fracturé la cuisse droite quatre mois auparavant. Les deux fragments du fémur, cassé à la partie moyenne, chevauchaient suivant leur longueur, de façon à raccourcir de dix centimètres la totalité de la longueur de l'os. Le fragment inférieur était passé en arrière et en dedans du fragment supérieur qui se sentait fort bien à la face externe de la cuisse. Les deux fragments accolés par leurs surfaces diaphysaires et dont les bouts de cassure étaient perdus dans des masses musculaires, les deux fragments, dis-je, étaient unis l'un à l'autre par des liens ligamenteux latéraux assez lâches; la mobilité était très marquée. Aucune trace de consolidation osseuse. Marche impossible naturellement. La santé générale du malade, qui paraissait un peu plus que son âge, n'était pas très bonne ; mais

Il n'y avait aucune maladie déterminée. Pas d'athérome artériel appréciable, urines normales, pas de syphilis. Le séjour au lit depuis quatre mois n'était pas pour relever cet organisme languissant. Je proposai au malade une opération qui, en mettant bout à bout les surfaces fracturales avivées, avait chance d'éveiller une ostéogenèse normale, tandis que la soudure osseuse latérale n'avait aucune tendance à se faire entre les fragments restant tels quels.

Le blessé accepta et au mois de novembre, par une vaste incision externe, je mis à nu les deux os, les dégageai, réséquai leurs extrémités, amenai au contact par une traction méthodique les surfaces réséquées ; puis je les suturai par une suture au gros fil d'argent perdue. Vaste attelle plâtrée prenant la face postéro-externe de la hanche, de la cuisse, de la jambe et du pied. Suites très simples, réunion par première intention. Au bout de douze jours une radiographie, faite sous le plâtre, me montre les os maintenus en très bonne position : les deux axes des fragments faisaient un très, très léger angle obtus à sinus interne; mais les sections fragmentaires étaient bien accolées, la suture métallique tenait bien. Il ne restait qu'à attendre la consolidation.

Nous l'attendîmes six semaines. Elle ne se fit point. Deux mois après l'opération, la consolidation osseuse n'existait pas plus qu'au premier jour. Les deux fragments restaient en place bout à bout, mais mobiles angulairement. Je remis une vaste attelle externe et essayai de faire marcher le malade avec des béquilles. La marche donne parfois, dans ces retards de consolidation, des résultats excellents; sans doute en imprimant aux surfaces fracturales, de légers mouvements, des frottements excitateurs de l'ostéogenèse. Ce fut en vain. J'administrai la thyroïdine qui a parfois fait merveille dans les cas de ce genre ; j'en ai, pour ma part, cité des exemples. Rien n'y fit. En février 1902, cinq mois après l'entrée du malade, nous n'étions pas plus avancé qu'au premier jour. La mobilité était même plus marquée, la suture métallique ayant cassé ; de plus les fragments s'étaient tordus sur leur axe, le pied ayant tourné en dedans. La partie inférieure de la cuisse et la jambe étaient œdématiées, la peau sèche et mal vivante, les muscles atrophiés. Le séjour prolongé dans une salle d'hôpital, le décubitus dorsal devenu presque constant, agissaient fâcheusement sur un organisme en déchéance.

La santé générale s'altérait. L'appétit était nul. Amaigrissement et diminution des forces ; dépression morale profonde et insomnies. Le malade, triste et inquiet, me dit un jour que, si je ne voyais pas d'espoir de consolidation, il était prêt à faire le sacrifice de son membre car cette situation le tuait et il aimait mieux retourner chez lui avec une jambe de bois que de mourir à l'hôpital avec ses deux jambes. Ce bonhomme résumait fort bien l'argumentation que je songeais moi-même à lui présenter : J'acquiesçai à son désir ; et l'amputation fut pratiquée au commencement de mars, sous ma direction, par mon interne, M. Trampont. Les bouts des deux fragments ne présentaient aucune trace de sécrétion osseuse, pas le moindre ostéophyte. L'opéré guérit fort bien, malgré quelques incidents sans gravité ; il reprit des forces et sortit en assez bon état de l'hôpital dans les premiers jours d'avril.

Mais l'amputation présenta une particularité opératoire sur laquelle je veux attirer l'attention, car c'est uniquement pour la signaler que je rapporte ce fait :

L'opération fut faite sans bande d'Esmarch, avec compression de la fémorale à l'aîne. Nous fûmes très surpris de voir, une fois la compression levée, que l'artère fémorale sectionnée et béante ne donnât pas de sang, seule la fémorale profonde saignait et dut être liée.

Il y avait donc eu chez ce malade thrombose artérielle et oblitération de l'artère fémorale vers son tiers supérieur, au-dessous de la naissance de la fémorale profonde qui, seule, pourvoyait à l'irrigation artérielle du membre. La compression du paquet vasculaire par la saillie du fragment inférieur passé en dedans du fragment supérieur pouvait expliquer cette oblitération de l'artère.

N'y avait-il point quelque relation entre cette oblitération et l'absence obstinée de consolidation, si difficilement explicable ? Ne peut-on admettre par exemple que l'artère nourricière du fémur, laquelle est d'ordinaire formée par la deuxième ou la troisième branche perforante de la fémorale profonde, émanait par anomalie chez notre sujet directement de la fémorale et de la portion de cette artère thrombosée et oblitérée ?

Assurément l'artère nourricière est surtout destinée au canal médullaire de la diaphyse. Assurément aussi dans toute fracture un des fragments est soustrait à l'irrigation sanguine de l'artère nourricière. Mais on conçoit que la vitalité de celui des deux fragments qui continue à recevoir cette irrigation, et qui joue peut-être le rôle prépondérant dans la formation du cal, soit notablement amoindrie par l'oblitération de cette artère puisque ce fragment est alors réduit à l'irrigation sanguine par les artérioles périostiques. On conçoit qu'il fasse insuffisamment les frais de la sécrétion osseuse du cal.

Ce n'est là qu'une hypothèse, mais qui rendrait bien compte, ce me semble, de cette défaillance absolue de l'ostéogenèse dans le cas que je viens de relater.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Traité de l'Intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte, par A. Bonain, chirurgien-adjoint de l'hôpital civil de Brest.

Après avoir rendu un juste hommage à Bouchut, le précurseur d'O'Dwyer dans le tubage, et rappelé en quelques mots les premières tentatives du médecin américain, M. Bonain entre de suite dans la question et divise son travail en trois parties. La première,

consacrée à l'intubation chez les enfants atteints de croup; la seconde, réservée à l'intubation dans les sténoses laryngées de diverses natures, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte ; et la troisième, ayant trait aux emplois accessoires de cette opération.

M. BONAIN consacre d'abord quelques pages à l'anatomie du larynx, puis décrit dans les plus grands détails les différents instruments inventés par O'DWYER pour exécuter cette opération, ses tubes, son introducteur, son extracteur, son ouvre-bouche, et indique les différentes modifications, qui ont été apportées aux instruments primitifs du docteur américain, entre autres le tube raccourci de M. BAYEUX et l'introducteur de M. COLIN, remarquable surtout par la manière dont se fait le déclinchement du tube. La technique de l'opération est décrite de main de maître et l'on voit bien par les judicieux conseils qu'il donne, que cette opération lui est familière; cette remarque n'étonnera personne, puisque M. BONAIN est un des très rares médecins français, qui avaient adopté le tubage avant le mouvement, qui se fit en 1894 en faveur de cette opération, et que c'est lui aussi, qui à cette époque eut l'insigne honneur d'être appelé pour montrer aux médecins de Paris la pratique de cette intervention. Ce chapitre se termine par l'exposé du procédé de M. BAYEUX pour l'énucléation du tube par le pouce, énucléation qui, si elle est plus facile à faire quand on se sert de tubes courts, peut aussi être tentée avec les tubes longs.

Le troisième chapitre est consacré à la durée du séjour du tube dans le larynx, question très importante surtout pour les médecins, qui ne pratiquent pas assez souvent le tubage pour avoir une opinion personnelle, et l'auteur conseille, à part contre-indication bien entendu, de laisser le tube en place trois jours.

Dans le chapitre suivant, M. BONAIN examine les accidents opératoires, qui peuvent survenir soit pendant l'introduction, soit pendant l'extraction du tube, ainsi que les complications et les accidents résultant parfois du séjour du tube dans le larynx. Naturellement le rejet et obstruction du tube sont signalés, mais réduits à leurs justes proportions et les recommandations propres à éloigner ces accidents y sont formulées. Les dernières pages de ce chapitre traitent des lésions pharyngées consécutives au tubage, et s'il fait bonne justice des lésions ventriculaires superficielles n'entraînant d'ordinaire qu'une aphonie ou une raucité de la voix momentanée, l'auteur reconnaît qu'après ce tubage, il peut survenir des inflammations susceptibles ultérieurement d'amener des sténoses persistantes.

Le cinquième chapitre offre un intérêt tout particulier, puisqu'il met en face l'un de l'autre les deux modes d'intervention dont le médecin dispose dans les cas de croup avec phénomènes asphyxiques, la trachéotomie et le tubage. M. BONAIN fait observer que la trachéotomie est une opération des plus émouvantes, fertile en incidents, fréquemment suivie de complications et réclamant enfin des soins consécutifs assez compliqués, tandis que l'intubation est une intervention de pratique courante, pouvant être entreprise quand on l'a vu exécuter quelques fois, suivie très rarement de complications et qui ordinairement n'exige que des soins consécutifs d'une assez grande simplicité. Bien que ces appréciations en général soient justes, il y a peut-être dans ces assertions un point sur lequel je ne suis pas tout à fait d'accord avec M. BONAIN ; incontestablement les soins consécutifs exigés par la trachéotomie sont plus minutieux que ceux réclamés en général par le tubage, j'admets aussi que les complications sont plus fréquentes après la première de ces opérations qu'après la seconde et je reconnais enfin qu'ordinairement la trachéotomie est plus délicate à faire que le tubage; mais, je n'oserais toutefois pas présenter cette dernière opération comme facile, et je ne conseillerai à aucun médecin, aurait-il assisté plusieurs fois à cette intervention, de l'entreprendre sans la présence d'un confrère rompu à cette pratique (alors même qu'il en connaîtrait la technique), sans s'être livré au préalable à quelques expérimentations sur le cadavre. Il faudrait prendre garde de présenter cette intervention comme trop facile, car entreprise à la légère elle pourrait amener des mécomptes et le médecin qui, faute d'instruction, éprouverait un échec, pourrait devenir un détracteur de cette méthode au lieu d'en être un adepte. Ce tubage est incontestablement à la portée de tout le monde, toutefois il réclame un peu d'apprentissage pour être entrepris avec chances de succès; il suffit de vouloir pour réussir, mais encore faut-il s'en donner la peine.

M. BONAIN continue la comparaison de la trachéotomie et du tubage en exposant les résultats obtenus dans chacune de ces opérations, avant la découverte du sérum et après l'emploi de ce moyen thérapeutique. Avant l'usage du sérum la trachéotomie donnait une mortalité maxima de 86 0/0 et une léthalité minima de 70 0/0 ; le tubage étant suivi au maximum de 66 décès 0/0 au maximum et au minimum de 61,3 0/0. Depuis la découverte de BERRHING-RAUX cette comparaison est plus difficile à faire, puisqu'à partir de cette époque le tubage s'est substitué à la trachéotomie, dans bien des endroits.

Le chiffre de 70 décès 0/0 comme minimum après la trachéotomie me paraît élevé, et j'avoue que pour ma part j'ai été plus heureux dans mes opérations. En effet, sur 100 (1) trachéotomies consécutives pour croup exécutées presque toutes à l'hôpital où le recrutement des malades laisse beaucoup à désirer, je n'ai eu à enregistrer que 60 morts, et tous les enfants, qui présentaient un tirage nettement accentué, ont été opérés quel que soit leur âge et l'état dans lequel ils se trouvaient.

Toutefois il est encore possible de formuler une appréciation à cet égard, puisque dans certains milieux la trachéotomie est restée la méthode de choix dans la sténose laryngée de nature diphtérique, et de ces documents il résulte que les cas de mort pour la trachéotomie figurent avec un maximum de 52 0/0 et un minimum de 33 0/0, tandis qu'on trouve 46,4 décès 0/0 au maximum et 13,7 0/0 au minimum après le tubage. Il résulte donc de ces données que dans les deux conditions l'avantage reste toujours à l'intubation.

Le dernier chapitre, le tubage dans la clientèle privée, c'est-à-dire sans surveillance permanente, compte à coup sûr parmi les plus importants. A l'exemple des médecins américains, M. BONAIN a pratiqué le tubage en ville et il arrive à cette conclusion, que cette opération faite ainsi donne d'aussi bons résultats que ceux obtenus à l'hôpital. Bien entendu l'auteur ne nie pas la possibilité d'un accident, rejet du tube, oblitération de la lumière par une fausse membrane, mais d'après une enquête très étendue ces

(1) Statistique portant sur 100 cas consécutifs de trachéotomie pour croup. (Extrait du Bulletin médical du Nord, 1895.

accidents donnent si rarement lieu à de graves conséquences, qu'ils ne sauraient empêcher de recourir à cette opération. Il y a longtemps que ma manière de voir est identique à celle de M. Bonain. Venir dire, en effet, que le tubage est bien supérieur à la trachéotomie et ajouter qu'il faut le réserver pour les hôpitaux ou ne le pratiquer qu'en laissant auprès de l'opéré un aide instruit susceptible de procéder, s'il le faut, à une nouvelle intervention, c'est à mon avis s'opposer à la vulgarisation de cette méthode : tous les parents, en effet, ne consentent pas, à tort peut-être, à se séparer de leur enfant, et d'un autre côté, alors même qu'on trouverait partout des aides instruits en nombre suffisant, bien des familles ne sauraient supporter les frais qui en résulteraient. Depuis 1895 j'ai fait, tant en ville qu'à la campagne, 95 intubations chez des enfants atteints de sténose laryngée presque toujours de nature diphtérique, et je n'ai pas rencontré plus de 10 à 12 malades qui se détubaient; en tout cas, j'ai eu la chance d'arriver toujours à temps pour pallier aux accidents; quant à l'oblitération complète du tube, je ne l'ai jamais observée. Un jour, en faisant un tubage chez un enfant de 4 ans, je vis, après l'opération, que la gêne respiratoire n'était nullement calmée, je retirais l'appareil et l'enfant rejeta alors une énorme fausse membrane de forme tubulaire, que j'avais refoulée; ce cas, qui a guéri, est un exemple de bourrage de la fausse membrane par l'instrument, mais une fois le tube placé dans le larynx et la respiration bien établie, je n'ai jamais vu de fausse membrane venir oblitérer assez complètement la lumière de l'instrument pour amener des accidents asphyxiques.

Je ne ferai que signaler les deux dernières parties de l'ouvrage de M. Bonain, celle qui a trait à l'intubation dans la sténose laryngée de diverses natures tant chez l'enfant que chez l'adulte, et enfin celle qui indique les emplois accessoires de cette intervention, parce que tout en reconnaissant les services que cette opération peut rendre dans ces cas, je n'ai aucune compétence pour formuler une appréciation, presque toutes mes intubations ayant été faites chez des enfants et quand il s'agissait du croup. Toutefois je désire recommander les paragraphes, qui ont trait à l'emploi de l'intubation pour délivrer de leur canule les sujets, qui, après une trachéotomie, sont devenus canulards, car la conduite du chirurgien dans ce cas y est admirablement exposée.

En résumé le travail de M. Bonain sur l'intubation est de beaucoup le plus complet, qui ait paru sur cette question : non seulement l'auteur traite dans les plus grands détails tout ce qui concerne le tubage chez les enfants atteints de croup, mais il étudie aussi ce que cette intervention peut avoir d'utile dans toutes les affections laryngées et à tous les âges. Tout le monde y trouvera profit; les médecins, qui ont adopté l'intubation, dans la sténose d'origine diphtéritique, devront non seulement lire, mais relire cet ouvrage où toutes les questions, qui s'y rattachent, sont magistralement exposées, et les spécialistes qui s'occupent des affections du larynx y puiseront également des renseignements très précieux, car pour écrire son livre M. Bonain a compulsé tout ce qui a été écrit sur ce sujet tant en France qu'à l'étranger.

Dr C.

Variétés & Anecdotes

Un statisticien s'est proposé de calculer la distance couverte par les danseuses dans leurs mouvements giratoires.

De ses recherches il résulte qu'une valse d'une durée moyenne représente une course d'un millier de mètres. Le quadrille, avec ses quatre figures, n'atteint pas loin de deux kilomètres. La mazurka équivaut seulement à neuf cents mètres et la polka à huit cents mètres.

Si l'on prend un bal commençant à dix heures du soir et finissant vers cinq heures du matin et qu'on suppose une danseuse intrépide ne reculant devant aucun de ses devoirs, de celles « qui n'en manquent pas une », notre statisticien estime qu'au bout de sa nuit cette danseuse n'aura pas fait moins de 56.000 pas, — ce qui équivaut en distance kilométrique à une marche de 46 kilomètres.

(*Gazette médicale belge*).

MOTS DE LA FIN

Un pharmacien se disputait vivement avec sa femme. Celle-ci finit par éclater en sanglots.

— Tes pleurs ne me touchent nullement, lui dit l'époux ; je les ai analysés, ils ne contiennent qu'une très petite partie de phosphate et un peu de chlorure de sodium. Tout le reste n'est que de l'eau.

(*Lyon Médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

La sixième session de l'**Association française d'urologie** aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine, du 23 au 25 octobre 1902.

La question mise à l'ordre du jour est : *Indications et résultats de la néphrectomie.*

UNIVERSITÉ DE LILLE

Nous apprenons, avec plaisir, la nomination de notre collaborateur et ami, M. le docteur E. Gérard, agrégé, chargé de cours, comme titulaire de la chaire de pharmacie. Nous lui adressons nos très sincères et cordiales félicitations.

— Notre collègue et ami le professeur Calmette vient d'être élu, au 1er tour de scrutin et par 46 voix sur 51 suffrages, correspondant national de l'Académie de médecine. Nous le prions d'agréer nos bien affectueuses félicitations.

— Parmi les candidats admis à subir les épreuves orales d'admissibilité du concours d'admission à l'**Ecole du service de santé militaire**, nous trouvons les noms de MM. Bertein, Famechon, Julien, étudiants de la Faculté de Lille.

— Un décret en date du 22 juillet 1902 porte que le baccalauréat de l'enseignement secondaire institué par le décret du 31 mai 1902 est admis, quelle que soit la mention inscrite sur le diplôme, pour l'inscription dans les Facultés et Ecoles d'enseignement supérieur, en vue des grades ou titres conférés par l'Etat.

UNIVERSITÉ DE PARIS

M. le docteur Gaucher, agrégé, est nommé professeur de clinique des maladies syphilitiques et cutanées en remplacement de M. Fournier.

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — Dans les séances des 22 et 29 juillet, MM. les docteurs Denigès et Carles, de Bordeaux ; Perrin, de Marseille, ont été élus membres correspondants nationaux. MM. les docteurs Kossel, de Heidelberg, et Guareschi, de Turin, membres correspondants étrangers.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Lyon. — M. le docteur Vignard est nommé chef de clinique chirurgicale.

Rennes. — Un **Concours** s'ouvrira le 12 février 1903, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Rennes.

Distinctions honorifiques

Sont nommés ou promus dans **l'ordre de la Légion d'honneur :**

Officier : M. le docteur Infernet, médecin principal de la marine.

Chevaliers : MM. les docteurs Cruet, Du Castel, Hamonic, André Petit, Jules Renault, Sebileau, Léon Tissier (de Paris) ; Gagnard (de Castillon-sur-Dordogne) ; Guillaud (de Bordeaux) ; Marchand (d'Aulnay) ; Paillard (de Varzy) ; Roux (de St-Jean-en-Royans) ; Sassi (de Sospel) ; Borius, Marchandou, Masurel, médecins de 1re classe de la marine.

Sont nommés : *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs Bonneau (de Courçon) ; Foubert (de Saint-Savinien).

Officiers d'académie : MM. les docteurs Jean (de Rouffiac) ; Jobard (d'Is-sur-Tille) ; Joubert (de Burie) ; Papillaud (de Saujon) ; Primet (de Loulay) ; Rey (de Charenton-le-Pont) ; Vanderquand (de Dolus).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

29e Semaine, du 13 au 19 Juillet 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	1
3 mois à un an	5	9
1 an à 2 ans	1	3
2 à 5 ans	4	6
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	2	1
20 à 40 ans	4	5
40 à 60 ans	15	4
60 à 80 ans	8	6
80 ans et au-dessus	1	3
Total	44	39

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	4	4
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	1	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	1	»	»	1	1	»	3	10	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	6	»	»	1	»	»	»	2	»	3	14	15
Wazemmes, 36,782 hab.	4	3	»	»	»	»	»	2	»	1	1	»	»	4	»	1	»	»	»	3	19	20
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	6
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	2	9	5
Esquermes 11,381 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	6	3
Saint-Maurice, 11,212 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	5
Fives, 24,191 hab.	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	3	1	»	»	»	»	6	12	11
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	1	3	2
Total	9	3	»	»	»	2	»	3	9	1	7	»	»	11	1	4	2	3	»	26	83	85

N° 291. Sixième Année. N° 32 Le Numéro : 10 centimes. 10 Août 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La Prostitution à Lille

Par le docteur **Patoir,** professeur agrégé à la Faculté de Médecine

INTRODUCTION

Reprise de la lutte contre les maladies vénériennes. — La Prophylaxie individuelle. — La réglementation. — Son utilité restreinte.

Les questions d'hygiène publique étant à l'ordre du jour, il est tout naturel qu'en même temps que s'organise la lutte contre la tuberculose et l'alcoolisme, on se préoccupe à nouveau de la prophylaxie des maladies vénériennes et en particulier de la syphilis « cette troisième peste moderne ». Depuis quelques années, en effet, la campagne antivénérienne a pris un renouveau de vigueur et d'énergie.

Cette reprise de la lutte vient de se manifester en plusieurs circonstances. Je ne citerai que pour mémoire les conclusions adoptées par l'Académie de médecine sur le rapport du Professeur FOURNIER (1) et qui malheureusement restèrent lettre morte pour les Pouvoirs Publics. Ce fut également le sort des mesures excellentes qui furent proposées à Lyon par la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie qui y tint réunion en 1894 (2). Comme manifestation plus récente et plus effective il faut en ariver au Congrès de Bruxelles (3) où abolitionnistes et réglementistes furent d'accord pour reconnaître que tout ce qui avait été tenté jusqu'ici n'avait pu empêcher le nombre des vénériens de s'accroître d'année en année. Pour la syphilis en particulier, la progression est telle que la maladie menace d'atteindre à une époque lointaine mais qui arrivera fatalement, l'espèce humaine tout entière. Pour certains districts de la Russie, cette syphilisation serait un fait accompli (TARNOWSKY) (4).

Tous les congressistes reconnurent que la lutte devait être reprise avec plus d'énergie qu'auparavant,

(1) Qui comportent entre autres propositions intéressantes, la création de services spéciaux plus nombreux, de consultations gratuites *avec distribution gratuite* des médicaments ; l'obligation pour les étudiants en médecine de faire un stage dans un service de vénéorologie ; l'attribution au concours des places des médecins chargés de la visite, etc. (Comptes-Rendus de l'Académie de médecine, 1888).

(2) M. AUGAGNEUR, aujourd'hui maire de Lyon, y montrait le danger des débits de boissons, des cabarets à femmes, etc. Le maire de Lyon n'a pas oublié les paroles de l'hygiéniste et il a, sinon fait fermer ces cabarets, du moins il en a limité le nombre. Exemple qu'on devrait bien suivre à Lille.

(3) Conférence internationale pour la prophylaxie de la Syphilis et des Maladies vénériennes. Bruxelles, du 4 au 9 septembre 1899.

(4) Cette constatation fera peut-être trouver moins ridicule la proposition d'Auzias-Turenne qui voulut vers le milieu du XIXme siècle procéder à la syphilisation systématique pour en finir plus vite avec le fléau. Auzias-Turenne fut, vraisemblablement, le seul de son avis et l'humanité préféra attendre.

mais l'accord fut moins unanime sur les moyens à employer, les uns penchant toujours vers les mesures coercitives de la réglementation, les autres niant que ces mesures aient jamais pu arrêter la marche des maladies vénériennes.

Malgré ce désaccord, le branle était donné et la question resta à l'ordre du jour tant en province qu'à Paris — pour ne parler que de ce qui se fit en France. — La Société de médecine de Nancy (1) après une communication de M. ETIENNE et un rapport de M. FÉVRIER, faisait un appel pressant aux autorités tant communales que centrales pour les engager à lutter de plus en plus contre la prostitution, qui reste la grande cause de la dissémination des maladies vénériennes.

A Paris, des hommes qui ne sont pas tous des médecins, se sont groupés sous l'impulsion de M. le Professeur FOURNIER pour constituer la *Ligue de Prophylaxie sanitaire et morale* (2). Sans dédaigner l'appoint que peut apporter la réglementation dans la lutte contre la syphilis, la Ligue a surtout pour but l'éducation antisyphilitique du public : elle veut faire connaître à chacun les maladies vénériennes et leurs dangers, apprendre à les éviter dans la mesure du possible, et à les soigner dès qu'on en est atteint. Il s'agit donc surtout d'une tentative de *Prophylaxie individuelle* et c'est par là surtout que la ligue fait œuvre nouvelle. Jusqu'ici c'était principalement à l'État ou à la Cité qu'on demandait aide et protection ; dorénavant, on veut que l'individu compte d'abord sur lui-même pour se défendre. Il est bien entendu qu'avant la création de la ligue beaucoup d'efforts avaient été tentés pour avertir l'individu du péril vénérien ; mais ces efforts étaient isolés et ce sera le grand mérite du Professeur FOURNIER de les avoir groupés et d'avoir formulé nettement la nécessité d'éduquer le public dans ce sens.

L'agitation créée par la nouvelle Ligue a amené le Gouvernement à s'occuper des maladies vénériennes et un décret du Ministre de l'Intérieur vient de nommer une commission chargée d'étudier les questions qui intéressent la prophylaxie des maladies vénériennes, à savoir leur fréquence, les moyens qui existent pour les combattre et ceux qui seraient à prendre dans l'avenir.

(1) Séances des 23 mai et 24 juin 1900. *Revue médicale de l'Est*, 1900 et 1901.

(2) Fondée à Paris le 31 mars 1901, sous la Présidence de M. FOURNIER et connue également sous le nom de « Ligue contre la syphilis ».

A Lille, cette question a également préoccupé l'administration municipale qui après lecture des rapports de MM. Debierre et Ghesquière, a proposé par l'organe du maire, une série de mesures qui furent adoptées par le Conseil dans sa séance du 20 novembre 1901. Comme suite à cette délibération le directeur de l'Office sanitaire vient de faire parvenir aux médecins un avis imprimé qui constitue un essai fort intéressant de prophylaxie en ce qu'il s'adresse au syphilitique lui-même et lui montre la nécessité de se soigner pour lui-même et pour les autres.

Il y a dans toutes ces manifestations des indices de bon augure et il faut espérer que de nouveaux efforts vont être tentés contre le péril vénérien. Souhaitons qu'ils réussissent mieux que ceux de nos devanciers.

Les moyens à employer sont de deux ordres : d'un côté il y a les mesures que peuvent et que doivent prendre les Pouvoirs publics et déjà ces mesures existent en partie dans les Règlements de la police des mœurs ; d'autre part, il s'agit d'armer l'individu lui-même contre les maladies vénériennes. Mais si cet essai de Prophylaxie individuelle doit être surtout l'œuvre des initiatives privées, telles que celles qui ont présidé à la fondation de la *Ligue de Prophylaxie sanitaire et morale*, il est souhaitable qu'elles soient soutenues de toutes façons, soit par les municipalités, soit par l'Etat.

En fait, jusque dans ces derniers temps, il n'a pas été sérieusement tenté d'essai de Prophylaxie individuelle et la lutte contre les maladies vénériennes s'est confondue avec la lutte contre la prostitution. Pratiquement elle a abouti à une série de mesures qui toutes ont un caractère plus ou moins coercitif et constituent la Réglementation de la prostitution. La réglementation compte, comme on sait, des partisans : les *réglementistes*, et des adversaires : les *abolitionnistes*. Réglementistes et abolitionnistes apportent à la défense de leurs idées d'excellents arguments ; mais ils sont destinés à ne s'entendre jamais pour la raison très simple que le point de vue où ils se placent est tout à fait différent. Les réglementistes négligeant l'idée de justice n'ont en vue que le souci immédiat de la santé publique, quelle que soit la légitimité des moyens employés pour la défendre ; les abolitionnistes, au contraire, négligeant les raisons d'utilité hygiénique, ne voient dans la réglementation qu'une iniquité, un abus de pouvoir que l'homme commet contre la femme.

Ce résumé, brutal et sans nuances, des opinions réglementistes et abolitionnistes, est peut-être un peu excessif. Mais, aux nuances près, il montre bien que le fond du débat est surtout moral : les uns sont des *utilitaires*, les autres sont partisans de la *justice absolue*.

On a vu qu'au congrès de Bruxelles, malgré leurs divergences, tous reconnurent que la réglementation, telle qu'elle est pratiquée, est insuffisante.

Logiquement, il n'en pouvait être autrement. La réglementation, en effet, ne s'adresse qu'aux prostituées inscrites. Elle n'atteint pas les hommes, et ainsi l'homme qui a voulu se défendre contre la syphilis de la femme est puni de sa partialité : la syphilis que lui, le mâle, passe impunément à la femme, lui revient et l'on reconnaîtra que c'est justice. La réglementation n'atteint pas non plus toutes les femmes susceptibles d'être syphilisées. Sans parler des femmes non prostituées qui sont atteintes de maladies vénériennes — et il y en a un grand nombre, — toutes les prostituées non inscrites y échappent et l'on sait quelle cohorte innombrable constitue la prostitution clandestine. En un mot le nombre des vénériens déborde le cadre de la réglementation. Dans ces conditions il était inévitable, fatal qu'elle fût insuffisante. Et quand les abolitionnistes viennent dire que la réglementation n'a pas empêché le péril vénérien de grandir, les réglementistes peuvent répondre que c'était un résultat prévu et que là n'est pas la question.

La question doit se formuler ainsi : La réglementation, dans la sphère où elle s'exerce, peut-elle empêcher la dissémination des affections vénériennes ? Si elle le peut, elle trouve sa justification au point de vue hygiénique ; or, il est évident que retirer de la circulation, au moment où elle a des accidents syphilitiques, une prostituée qui, par métier, voit plusieurs hommes en un jour, c'est l'empêcher de contagionner ces hommes. C'est là le but de la réglementation dans sa partie sanitaire et théoriquement on ne peut méconnaître qu'elle l'atteint.

Donc, la réglementation est utile. Quant à savoir si elle est juste, cela est une autre question. En pratique, le but hygiénique de la réglementation sera atteint d'une façon d'autant plus parfaite que le service sanitaire fonctionnera lui-même d'une façon aussi parfaite que possible.

Au moment où le Conseil municipal et l'Office sanitaire lillois s'intéressent aux questions de prophylaxie anti-vénérienne, il ne paraîtra pas inopportun d'étudier les moyens dont dispose à Lille le service des mœurs, pour empêcher les prostituées malades de continuer leur commerce, de quelle façon ces moyens sont employés et de quels perfectionnements ils pourraient être susceptibles. Mais auparavant, il est nécessaire de passer en revue le personnel de la prostitution, de connaître son effectif et sa composition et de voir sous quels règlements vit ce personnel.

Cette étude de la prostitution à Lille est faite en dehors de toute opinion personnelle sur la légitimité ou la non-légitimité de la réglementation. La réglementation existe à Lille : je ne veux ni l'approuver ni la blâmer, mais simplement montrer comment elle fonctionne.

LE PERSONNEL DE LA PROSTITUTION

Il y a à Lille, comme dans toutes les villes où existe un service des mœurs, des *prostituées inscrites*, c'est-à-dire des femmes qui, vivant *notoirement* de prostitution, sont inscrites sur les registres de la Police et ont l'autorisation d'exercer la prostitution sous certaines garanties qui sont déterminées par un règlement : c'est le personnel légal de la prostitution, le seul qui tombe sous le coup de la réglementation et qui soit, par conséquent, soumis à un contrôle sanitaire ; il en reçoit une sorte d'estampille officielle, une espèce de garantie qui, en théorie, doit le rendre aussi peu dangereux que possible. Une prostituée inscrite se définit d'elle-même du fait de son inscription et il n'y a pas avec elle de difficulté pour savoir où commence et où finit un acte de prostitution.

Il n'en est pas de même avec les femmes qui, se livrant, elles aussi, à la prostitution, ne sont pas inscrites sur le registre de la Police. Il est, en effet, difficile et délicat de dire d'une femme qu'elle vit de prostitution : l'on définit assez bien la prostitution prise au sens abstrait du mot, mais on ne prouve pas aisément qu'il y a eu acte de prostitution. Aussi voit-on les femmes que l'on sait, moralement, vivre de prostitution, échapper à la règlementation, parce qu'il n'est pas prouvé qu'elles en vivent *notoirement* : ce sont les *prostituées clandestines*, classe extrêmement nombreuse, plus nombreuse de beaucoup que la classe des prostituées inscrites. Leur chiffre total ne peut être évalué, même approximativement, en raison, justement, de la difficulté qu'il y a à les découvrir, surtout quand elles côtoient les frontières qui séparent

l'état de prostitution de la vie régulière. Elles ne subissent aucun contrôle sanitaire ; elles n'en sont que plus dangereuses pour le public et, partant, plus intéressantes à étudier pour l'hygiéniste.

Chapitre 1er. — Prostituées inscrites

C'est par les prostituées inscrites, groupe bien défini, que je commence la revue du personnel de la prostitution à Lille. Le Règlement du 22 septembre 1890 les définit : « toutes filles ou femmes vivant notoirement de prostitution, soit qu'elles habitent dans des maisons de tolérance, soit qu'elles aient une demeure particulière. Elles sont divisées en deux catégories : les *filles de maison* ; les *filles isolées* ».

Le nombre des prostituées inscrites est à l'heure actuelle de 170 à 180 environ. Il varie dans des limites restreintes et s'est maintenu aux environs de ce chiffre pendant toutes ces dernières années ; l'inscription donne à la fille le droit d'exercer la prostitution, mais pour son compte personnel et isolément : l'isolée est donc à proprement parler la fille cartée. — Si elle veut travailler pour le compte d'une patronne et en commun avec d'autres, en un mot entrer en maison, il lui faut une autorisation nouvelle accompagnée de nouvelles formalités. La fille de maison doit d'abord être inscrite comme prostituée ; et même sortie de maison, elle reste inscrite. Elle est donc par son inscription soumise à toutes les obligations qui incombent aux isolées; ce sont ces obligations générales que nous allons étudier d'abord chez les filles isolées.

§ 1er. — Filles isolées

Les filles isolées, qui comptent pour les deux tiers dans le total des filles inscrites, sont caractérisées d'après le règlement par ce fait « qu'elles ont une demeure particulière » et qu'elles travaillent seules, pour leur propre compte et à leurs risques et périls, à l'encontre des filles de maison, qui, elles, travaillent en commun pour le compte d'une patronne. C'est aux isolées surtout qu'on donne vulgairement le nom de femmes en carte, bien qu'en réalité toute prostituée, quelle que soit sa catégorie, soit, par définition, inscrite, c'est-à-dire cartée.

Cette inscription, qui est la condition essentielle pour qu'une femme puisse se livrer légalement à la prostitution, fait figurer la femme sur un registre *ad hoc*, tenu par la police. La fille y est immatriculée sous un numéro reproduit sur le livret qui lui est alors délivré et qui est *la carte*. Le livret, avec l'autorisation de la police, porte le signalement de la femme. « Le livret contiendra, en outre, un extrait du règlement sur la police des mœurs et des cases destinées à constater les visites médicales ».

L'inscription ne donne droit à la femme de devenir prostituée que si elle est reconnue indemne de toute affection vénérienne. Dans le cas où elle serait malade, elle serait hospitalisée jusqu'à guérison et ne pourrait exercer son métier qu'après la sortie de l'hôpital.

Cette disposition est commune à toute fille publique, qu'elle soit isolée ou qu'elle doive entrer en maison.

Le Règlement n'est pas très explicite sur l'âge où une femme peut devenir une prostituée légale. On y lit (page 2, art. 3) : « Lorsque le service des mœurs se trouvera en présence d'une prostituée mineure, il en rendra compte immédiatement au commissaire central. Ce magistrat, après avis du maire, fera les recherches nécessaires et prendra les mesures convenables pour ramener la fille à une vie régulière. » Mais si la fille ne tient pas (et c'est souvent le cas) à reprendre la vie régulière, doit-on la carter ? Tandis que le règlement stipule formellement que les filles de maison doivent être majeures, il n'indique aucune règle précise en ce qui concerne les isolées. En pratique, un grand nombre de prostituées isolées sont mineures. Il suffira de jeter un regard sur le registre pour s'en convaincre.

Le silence du Règlement a donc été interprété dans le sens de l'affirmative. Mais alors comment se fait-il que, si au lieu de lire le Règlement lui-même on en lit les extraits qui figurent sur le livret des filles, on y trouve le paragraphe suivant : « Toute fille mineure se livrant à la prostitution, est arrêtée, visitée et poursuivie pour contravention au présent règlement. Elle est ensuite expulsée de la ville si elle est étrangère ». Or, non seulement beaucoup de filles inscrites sont mineures, mais quelques-unes sont étrangères.

Il y a entre le Règlement et son extrait, entre la conduite qu'on tient envers les mineures et le livret qu'on leur met en main, une contradiction flagrante qu'il faudra faire disparaître si l'on met en application la première conclusion adoptée par le Conseil municipal le 20 novembre 1901 et proposant la suppression de la prostitution des filles mineures. L'administration s'apercevra peut-être que c'est plus facile à dire qu'à faire. De ce qu'on aura rayé les

mineures du registre des filles soumises, croit-on qu'elles cesseront du même coup de se prostituer, si le cœur leur en dit ?

Quant aux autres articles qui règlent la vie des filles cartées et qui figurent sur le livret d'immatriculation, il faut espérer que la plupart sont tombés en désuétude et il faut le souhaiter non seulement pour ces pauvres filles, mais aussi pour notre honneur de civilisés.

Les voici dans toute leur savoureuse et administrative cruauté :

« Il est interdit aux filles publiques :

1° De se montrer en public avec une mise indécente et de manière à se faire reconnaître ;

2° D'entrer dans les cafés, cabarets, estaminets, salles de danses et autres lieux publics ;

3° D'attirer ou d'exciter les passants par gestes ou paroles, de se montrer aux portes ou aux fenêtres des maisons où elles sont logées ;

4° De recevoir ou de retenir des mineurs de l'un ou de l'autre sexe ;

5° De conserver des militaires après l'heure de la retraite ;

6° De se loger dans le voisinage des édifices consacrés au culte, aux établissements d'instruction, aux administrations publiques, ni auprès des casernes, des hôpitaux et des auberges ; d'établir leur demeure chez un débitant de boissons ou chez un logeur ; d'avoir deux lits dans la même chambre ; de recevoir chez elles des filles non inscrites ;

7° De circuler dans les rues, dans les promenades et sur les remparts ;

8° De se placer au théâtre ailleurs qu'aux endroits qui leur sont désignés par la police.

» Les filles publiques qui ne se soumettent pas aux prescriptions du présent règlement, celles qui sont trouvées sur la voie publique en état d'ivresse, sont conduites à la prison municipale et mises à la disposition du commissaire central qui prend à leur égard telle mesure que de droit sans préjudice des poursuites à diriger contre elles ».

Voilà ! c'est très simple et si logique ! On désirerait qu'il n'y ait plus de prostitution clandestine, que toute femme décidée à faire commerce d'amour vienne se faire inscrire et se soumette aux prescriptions sanitaires, ce qui est l'essentiel pour le but à atteindre et l'on commence par imposer aux femmes soumises ce règlement draconien et inique.

Et c'est daté — on a peine à le croire — du 22 septembre 1890. Le moyen-âge n'a rien édicté de plus barbare, de plus coercitif contre les ribaudes. Il n'y manque qu'une crécelle ou un signe distinctif pour que la fille publique soit assimilée aux lépreux.

En fait, la première stupeur passée, on reconnaît que la plupart des articles cités sont inapplicables et par suite ridicules. Appliqués, ils rendraient la vie impossible aux filles ; or, on sait qu'il y a des filles et on les voit assez souvent faire leur métier aux environs de la gare. Cela n'empêche pas que tout cet article 7 du règlement constituerait une arme dangereuse de persécution et de vengeance s'il venait à être appliqué.

Un pareil règlement n'est pas fait, je le répète, pour amener les filles à venir demander d'elles-mêmes leur inscription sur le registre spécial ! Aussi, sauf exception très rare, une fille n'est jamais cartée sur sa demande. Il faut que la police l'y oblige après avoir constaté que la femme se livre couramment à la prostitution.

Elle est alors inscrite d'office. Les formalités qui entourent l'inscription n'ont pas été déterminées par le Règlement de 1890 et l'on pourrait craindre que ce silence regrettable permette parfois à la police des erreurs ou des excès de zèle. Heureusement, les précautions prises pour la formation du dossier de la future prostituée sont telles que l'erreur paraît difficile et que même, en cas d'erreur, il y aurait toujours place pour une réclamation.

La police a plusieurs moyens pour savoir qu'une femme se livre à la prostitution. C'est d'abord la surveillance directe qui fait connaître aux agents les femmes qui, non cartées, se livrent au racolage des passants ou à d'autres faits de prostitution publique. Une telle constatation entraîne rapidement et sans hésitation l'inscription.

Un autre moyen de surveillance est fourni à la police par la visite journalière des maisons ou hôtels garnis, qui, d'après le registre tenu obligatoirement par le propriétaire, permet de savoir si la maison est habitée par des femmes, de connaître leur nombre, leur état-civil, leur profession, leur situation plus ou moins régulière, leurs moyens d'existence, etc. On apprend aussi si elles reçoivent et si leur hospitalité est plus ou moins large. Munie de ces renseignements la police est fixée sur ce qu'est la femme. S'il paraît qu'elle se livre à la prostitution, la police lui cons-

titue un premier dossier, mais ne se contente pas de ces présomptions qui, après tout, peuvent tromper. Elle attend soit un fait flagrant, soit la lettre dénonciatrice d'un passant contaminé ou bien plus souvent d'une compagne mécontente ou jalouse. Appelée chez le chef de la sûreté, la femme est interrogée et examinée au point de vue sanitaire. Il fait bon bien se porter pour une femme qu'on suspecte de prostitution, car si elle est malade, elle commence par être hospitalisée, quitte ensuite à être cartée ou non selon que son dossier est plus ou moins chargé. Si elle est saine, au contraire, elle s'en tire généralement avec une semonce. Mais saine ou malade, si les faits de prostitution sont bien avérés et surtout s'il y a récidive, le chef de la sûreté décide qu'il y a lieu d'inscrire la fille sur les registres de la prostitution et il lui constitue lui-même un second dossier qui est le dossier de la mise en carte où sont consignés le signalement de l'inculpée [car elle est alors inculpée pour faits de prostitution], son état civil, ses moyens d'existence, ses domiciles antérieur et actuel, ses professions antérieures, le temps depuis lequel elle est à Lille, les visites sanitaires qu'elle a pu subir, les maladies vénériennes qu'elle a pu avoir. On lui demande si elle reconnaît les faits pour lesquels elle a été arrêtée et enfin si elle consent à être inscrite comme fille soumise. Si elle accepte, l'inscription suit rapidement.

En cas de refus, le chef de la sûreté adresse au maire de la ville le dossier et lui propose « d'inscrire la nommée ..... sur le registre de la prostitution et de l'assujettir aux mesures sanitaires prescrites par l'arrêté réglementaire du 22 septembre 1890 ». A la suite de cette proposition, si le maire juge les faits prouvés, il prend un arrêté qui est notifié à la femme. C'est l'inscription d'office qui en fait une fille soumise.

Comme la fille de maison, la prostituée isolée est sous la surveillance directe de la police. Elle ne peut changer de demeure sans en faire la déclaration. De même, elle ne peut changer de catégorie, c'est-à-dire entrer en maison et à plus forte raison abandonner la prostitution sans en référer à la police qui le lui permet ou le lui interdit. Il faut l'avouer, une femme a plus de facilité pour changer de catégorie que pour rentrer dans la vie régulière. Ce n'est pas impossible toutefois ; mais il faut que la police acquière la certitude que cette sortie de la prostitution réglementée ne dissimule pas un passage dans la prostitution clandestine. Aussi « toute fille qui demande sa radiation des registres de la prostitution, dit le règlement, doit justifier de ses moyens d'existence ou prouver qu'elle est réclamée soit par sa famille, soit par une personne honorablement connue et en position de lui fournir les moyens de vivre sans retomber dans la débauche. » Comme toutes les filles n'ont pas la chance de trouver une personne honorablement connue et en position de lui fournir des moyens de vivre (jamais le protecteur ne fut plus élégamment et plus discrètement désigné), elles se bornent le plus souvent à déclarer qu'elles ont trouvé du travail. Dès que la fille travaille, la police, après avoir constaté que ce travail n'est pas une simple figure, suspend les effets de l'inscription pendant deux ou trois mois et même plus jusqu'au moment où il est certain que la femme ne se livre plus à la prostitution. Cette période d'épreuve passée, si les renseignements sont bons, la fille est rayée complètement du registre. Il faut à la fille qui rentre ainsi dans la vie régulière une certaine force de volonté d'autant plus que parfois le manque de tact d'un agent chargé de la surveiller peut la déconsidérer complètement aux yeux de ses patrons et de ses camarades de travail.

En principe, les filles publiques, en dehors de certains voisinages qui leur sont interdits par le Règlement (et encore n'y apporte-t-on pas trop de rigueur !) pourraient habiter n'importe quel quartier de la ville. En pratique elles se cantonnent dans le quartier Saint-Sauveur, aux alentours de la rue des Étaques. Peut-être existe-t-il quelques abberrantes dans d'autres quartiers, mais elles sont l'exception.

Parler des filles publiques amène à parler des *souteneurs*. Peu nombreux à Lille, ils ne constituent pas, comme à Paris, un élément dangereux. Ils n'attaquent jamais le consommateur. Ils se contentent d'exploiter la femme. D'ailleurs toutes les prostituées sont loin d'avoir un souteneur; beaucoup se sont émancipées de cette coûteuse protection si bien que l'espèce du souteneur se raréfie à Lille et, grâce à des mesures de police, tend même à disparaître.

§ 2. Filles de maison

Peu nombreuses à Lille (50 à 60), les filles de maison sont réparties entre les rues de l'A B C et du Frénelet, dans une douzaine d'établissements.

Leur nombre peut varier selon les saisons et les besoins de la clientèle, mais il varie dans des limites

restreintes et bien que la population de la ville n'ait cessé de s'accroître jusqu'ici, bien que les facilités plus grandes des voyages et le mouvement des affaires amènent à Lille des étrangers de plus en plus nombreux, la situation des maisons de tolérance est restée stationnaire et en général elle est peu brillante. Il y a là un phénomène qui n'est pas particulier à Lille : la maison publique est en décadence. Il semble que le public la déserte en faveur des prostituées clandestines auprès de qui, s'il court plus de dangers, il conserve au moins plus d'illusions.

Le personnel des maisons se recrute surtout dans les rangs des isolées et des clandestines qui, fatiguées des aléas de la rue, sacrifient leur liberté pour s'assurer le gîte et la nourriture. Il y entre aussi des servantes, des ouvrières sans place, que la misère force à chercher un asile et qui, le plus souvent, ont déjà glissé sur la pente de la prostitution clandestine. Toutes ces femmes sont généralement d'un niveau moral et intellectuel peu élevé. Il est tout à fait exceptionnel de trouver parmi elles une femme qui ait reçu une certaine instruction, bien que la plupart se disent issues de famille excellente, sinon illustre. Pour être juste, il faut reconnaître que la fille de maison est généralement polie et disciplinée. Il serait difficile d'en dire autant de la plupart des isolées.

On a vu que pour entrer en maison, la fille doit être préalablement inscrite à la police et être autorisée à exercer la prostitution. « Elles doivent faire connaître au bureau central de police leurs noms et prénoms » et d'une manière générale fournir les pièces qui établissent leur identité.

Tandis qu'une femme se livrant à la prostitution d'une façon notoire est inscrite d'office et figure d'emblée comme prostituée isolée, c'est toujours sur sa demande qu'une femme entre en maison : nul ne peut l'y contraindre. La police pourrait l'inscrire d'office, mais elle ne pourrait la cloîtrer.

La femme qui sollicite l'autorisation d'entrer en maison ne doit être ni mineure, ni mariée, le règlement est formel sur ce point. Une visite sanitaire payée par la patronne qui engage la femme est imposée préalablement. Si la femme est reconnue saine, rien ne s'oppose à son entrée immédiate en fonction. Si elle est atteinte d'un accident vénérien quelconque, elle est envoyée à l'hôpital où son séjour est également payé par la patronne. Quant au reste des dispositions prises vis-à-vis des femmes de maison, elles sont les mêmes que pour les isolées : elles sont, de plus, tenues de rester cloîtrées et elles ne peuvent paraître sur la voie publique sans autorisation préalable.

Une fois en maison, la fille devient l'employée de la tenancière pour qui elle travaille. Celle-ci la rétribue en lui assurant une part dans les bénéfices, part qui s'élève généralement à la moitié du prix exigé du client. Il semblerait que dans ces conditions une fille qui a une assez belle clientèle pût non seulement vivre largement mais même faire des économies. Il n'en est rien et cela pour deux raisons, d'abord, parce qu'il n'est guère dans le caractère des filles d'économiser quoi que ce soit, ensuite et surtout parce qu'elles sont à la merci de la patronne. Les filles, en effet, entrent généralement en maison sans un sou et la maison est obligée de leur fournir à crédit une première mise qui consiste en lingerie et autres vêtements d'apparat. L'argent gagné est d'abord employé à rembourser cette première avance et l'on peut croire que les objets fournis ont été comptés au prix fort. De plus, comme il est interdit aux filles de sortir, tout, depuis la nourriture jusqu'aux moindres objets, leur est vendu par la maison et chèrement vendu. En fin de compte il est rare qu'une fille ne doive rien à la patronne. Il y a quelques années, ces dettes liaient les filles à la maison et elles devaient rembourser avant de partir. Actuellement elles peuvent partir quand bon leur semble et sans souci de leur passif. La maison s'arrange d'ailleurs pour retenir les objets non complètement payés, quitte à les revendre aux entrantes dans les mêmes conditions.

Le personnel des établissements se renouvelle fréquemment. Le roulement est même fort actif. C'est ainsi que les établissements de Lille voient passer annuellement de 200 à 220 filles. Le personnel étant en moyenne de 50 à 60, un simple calcul établit qu'il se renouvelle environ quatre fois par an. Les filles vont d'une ville à l'autre. Lille, Dunkerque, Boulogne, etc., les possèdent tour à tour, jusqu'à ce qu'elles disparaissent de façon ou d'autre.

Les unes ont de la chance et sont promues à la dignité de gouvernantes, mais il y faut du caractère et de la conduite. D'autres très rares, aidées par un hasard heureux et un ensemble de qualités commerciales, arrivent même à être patronnes. Quelques-unes sortent de maison et deviennent tenancières de ces petits cabarets plus dangereux que les lupanars

et au su de tous, tiennent impunément commerce de prostitution clandestine : en cherchant bien, on trouverait à Lille une dizaine de ces « bordellistes retraitées » selon une énergique expression dont les initiés reconnaîtront la marque. La plupart finissent mal et roulent à la misère, à moins qu'elles ne meurent jeunes tuées par l'alcoolisme, la syphilis et la tuberculose.

La fille ne peut quitter la maison sans que la police en soit prévenue. Ce n'est qu'après avoir subi une visite médicale payée par l'établissement comme celle d'entrée, et après avoir été reconnue saine, que la pensionnaire reçoit son exeat. Au cas où une fille serait tentée d'échapper par la fuite à cette dernière formalité, la tenancière en serait déclarée responsable et la fuite d'une pensionnaire pourrait entraîner la fermeture de la maison. Cette dernière mesure s'est imposée parfois à la police. La tenancière, en effet, est portée à favoriser le départ clandestin de ses pensionnaires malades C'est son intérêt, d'abord parce que c'est elle qui paye les visites d'entrée et de sortie et surtout parce qu'en cas de maladie, c'est encore elle qui rembourse à la ville les frais d'hospitalisation. On comprend qu'une patronne tienne peu à payer un ou deux mois d'hôpital pour une pensionnaire qui la quitte !

La fille reste donc sous la surveillance directe de la police pendant tout son séjour dans la maison. Inscrite comme prostituée, autorisée à entrer en maison, sa vie est réglée tant au point de vue administratif qu'au point de vue sanitaire, par la police qui ne la quitte qu'à sa sortie et même la suit après puisque la patronne est tenue de donner la nouvelle adresse de sa pensionnaire.

La police se réserve en outre de fixer le nombre des filles par maison. Elle n'autorise pas un homme à gérer « même indirectement » ces établissements : la maîtresse de maison existe seule aux yeux de la police. Le règlement, outre les points que je viens de signaler, contient une série d'articles d'ordre purement administratif ou policier portant sur la disposition des maisons, les heures d'ouverture et de fermeture, etc. Ils n'ont rien qui intéresse la condition particulière des filles publiques à Lille.

Tel est le personnel de la prostitution réglementée à Lille. Nous allons voir quelles mesures sanitaires ont été prises à son égard et quelles garanties elles comportent pour le consommateur qui s'adresse à ces commerçantes patentées. *(A suivre)*.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Traité de bactériologie pure et appliquée à la médecine et à l'hygiène par MM. P. Miquel et R. Cambier, directeur et sous-directeur du laboratoire de bactériologie de la ville de Paris. 1902, Naud, Paris.

Vers 1870, il suffisait de quelques pages pour résumer les connaissances que possédaient nos devanciers en bactériologie ; les études sur la bactéridie charbonneuse étaient encore inachevés, et bien hâtives et peu fructeuses étaient les recherches sur le choléra et d'autres affections contagieuses. En 1902, à des auteurs qui s'excusent de n'avoir embrassé qu'une partie du sujet, qui traiteront de bactériologie pure et n'exposeront que les principales applications susceptibles d'être parcourues par les étudiants, les médecins et les hygiénistes, il faut un fort volume de plus de mille pages. Que de chemin parcouru en trente ans dans cette science des infiniment petits ! Et toutes ces connaissances accumulées dérivent des études de Pasteur sur les fermentations, qui lui permirent de poser les bases fondamentales de la bactériologie !

MM. Miquel et Cambier, placés à la tête d'un important laboratoire, offrent au public un traité qui rendra des services à ceux qui, pourvus de connaissances générales sur la bactériologie, auront besoin de notions précises : sur la botanique et la technique bactérienne, sur les agents microbiens des maladies, des fermentations et de la transformation de la matière organique. L'étiologie et la thérapeutique des maladies infectieuses ont bénéficié de l'étude individuelle des bactéries, de leurs produits de sécrétion toxiques ou immunisants, de leurs diastases. Mais l'hygiéniste a à revendiquer bien davantage encore : pour tenter la prophylaxie des maladies infectieuses il faut une connaissance approfondie de l'habitat des microbes, des vecteurs qui les amènent dans l'intimité de nos organes. Aussi, les auteurs ont-ils été conduits, après avoir exposé les méthodes d'analyse bactériologique de l'air, de l'eau, du sol, à compléter leur travail par l'étude de l'épuration, de la stérilisation, de la désinfection ; et ces pages ne sont pas les moins bien venues du livre.

Au reste, pour faire juger la manière des auteurs, il n'est que de reproduire quelques pages ; on verra avec quelle méthode sûre et quelle érudition sont écrites les suivantes, qui concerne le bacille de la tuberculose.

« *Habitat.* — Le bacille de la tuberculose exige pour se développer une température élevée et des matériaux nutritifs très particuliers qui ne se rencontrent guère que dans l'organisme animal ; c'est un parasite strict. Aussi les milieux extérieurs ne sont-ils pas propices à la multiplication de ce microbe. Cependant le bacille de la tuberculose est très répandu dans ces milieux extérieurs où il est susceptible de conserver longtemps sa vitalité et sa virulence. Il y est apporté par les crachats des phtisiques et le jetage des animaux, qui se dessèchent, se réduisent en poussières qui flottent dans l'atmosphère. Selon Lortet et Despeignes, les vers de terre seraient capables de ramener à la surface du sol les bacilles tuberculeux des cadavres enfouis dans sa profondeur, de la même façon qu'ils exhument, d'après Pasteur, les bacilles charbonneux.

» Williams a décelé le bacille de la tuberculose sur des lamelles glycérinées exposées dans le tuyau d'aération d'une

chambre d'hôpital. Ce résultat n'a pas été confirmé par les expériences ultérieures de Celli et Guarnieri, de Wehde, Baumgarten et Cornet. Ce dernier expérimentateur, au contraire, a fréquemment rencontré le bacille de Koch, vivant et virulent, dans les poussières déposées sur les murs, les parquets, les objets de literie, etc., des chambres de phtisiques. Les poussières de la rue et des endroits non habités par des phtisiques ne donnèrent jamais de tuberculose aux animaux auxquels elles furent inoculées. Cadéac et Mallet l'ont trouvé deux fois sur douze dans l'eau de condensation de l'atmosphère respirée par les phtisiques.

» Straus l'a mis en évidence dans le mucus nasal du tiers des personnes saines fréquentant le milieu hospitalier, ainsi que dans celui des individus obligés par profession à séjourner dans les salles de spectacle, les bibliothèques publiques, etc., où se rencontrent de grandes agglomérations humaines.

» *Etiologie.* — L'air expiré par les phtisiques ne paraît pas capable de transmettre la tuberculose (Villemin); il est aussi dépourvu de bacilles que l'air expiré par les personnes saines (Tyndall, Guming, Straus et Dubreuil). La recherche du bacille de Koch dans cet air expiré a donné des résultats négatifs à Celli et Guarneri, F. Muller, Sormanni et Brugnatelli, Charrin et Barth, Grancher, Cadéac et Mallet. Seuls Giboux et Ransome ont obtenu des résultats positifs; mais il y a lieu de se demander si l'air expiré qu'ils examinèrent n'avait pas entraîné mécaniquement quelques légères particules liquides de mucus ou de salive.

» La sueur des phtisiques inoculée à des cobayes ne les rendit point tuberculeux (Di Mattei, Surmont).

» Les voies les plus habituelles de la contagion tuberculeuse chez l'homme, comme chez beaucoup d'espèces animales, paraissent être la voie respiratoire et la voie digestive : la première surtout doit être incriminée, étant donnée la fréquence de la tuberculose pulmonaire qui cause en moyenne le septième de la mortalité humaine. La phtisie est plus fréquente dans les agglomérations, les villes, les casernes, les écoles, etc., où la vie en commun multiplie les causes de contagion ; de nombreuses statistiques mettent en évidence l'influence de l'âge, du sexe, des professions, de l'habitat, de l'héridité, etc.

» L'infection tuberculeuse par les voies digestives est fréquente, les aliments préparés avec les viscères, poumon, foie, etc., seraient surtout dangereux ; la chair musculaire et surtout les ganglions lymphatiques intramusculaires peuvent renfermer des bacilles (Nocard, Johne) ; il faut donc se féliciter des mesures de police appliquées dans les abattoirs ; mais il est surtout prudent de ne manger que de la viande bien cuite. Du reste, les aliments cuits et consommés froids après une conservation plus ou moins prolongée à l'air, peuvent avoir été contaminés par des bacilles charriés par l'air ou apportés par certains insectes (Spillmann et Haushalter, Hofmann). Les lésions tuberculeuses de l'estomac sont rares, peut-être à cause de l'action bactéricide exercée sur les bacilles par l'acidité et la pepsine du suc gastrique. La congélation, la salaison et le fumage des matières alimentaires tuberculeuses n'enlèvent rien à leur virulence.

» L'usage des aliments consommés crus et provenant d'animaux tuberculeux est infiniment plus dangereux. Parmi ces aliments vient en première ligne le lait, aliment exclusif des jeunes enfants et de bien des malades, qui peut renfermer des bacilles de Koch lorsque la mamelle de l'animal qui le fournit se trouve être le siège de tubercules (Nocard); c'est pourquoi l'on ne doit donner aux nourrissons que du lait bouilli ou, mieux encore, stérilisé par un séjour de 40 minutes à 1 heure dans l'eau bouillante.

» Le fromage et le beurre peuvent aussi se montrer dangereux quand ils proviennent de lait tuberculeux (Galtier). Heim a reconnu que la virulence du bacille de Koch persiste quatorze jours dans le petit-lait et quarante jours dans le beurre; d'après Gasperini, le beurre tuberculeux vieux de 120 jours serait encore virulent.

» En outre de ces voies habituelles de l'infection, l'espèce humaine peut contracter la tuberculose par inoculation accidentelle de la peau et des muqueuses, par la voie génitale, etc. »

Dr F. C.

Variétés & Anecdotes

DEVIS D'AOUST

Carnet d'un Escholier

I. — Où Maistre Erasmus pourpose de laissier les doctes escripts pour la dolce campaigne.

Hung ! fist Maistre Erasmus, s'espongeant son chief qui gouttoit ains teste de Neptune issant des flots ! Vécy que la canicule arde nos testes et fait bouillonner les superfluitez y contenues ! Ne cuydez vous point, fils, qu'il seroit expédient de quitter cette enceinte où nos humeurs cuisent entre chair et cuir, et aller vaguer corporellement et spirituellement sur les rives fleuries et odoriférantes de la Rivière Deûle. Nous laisserions ès chartes les cogitations de Messires Sylvius, Cordus et aultres, pour deviser de cy de là, de sujets moins sopoficques.

— Ha ! ha ! firent tous les escholiers qui estoient venus pour ouïr la docte science, et somnoloient doulcettement, cecy est pour vray ! la bonne parole Maistre Erasmus !...

Et s'en furent mollement vaguer le long de la tant souette Deule....

Et il y avoit pour escouter Maistre Erasmus, le docte Ingerius, qui passoit nuit et jour à commenter les commentateurs, y comprins Messire Cronenburgius, Rondelet, à la mine tant éspanouie lequel eust donné tous les manuscripts de Messire Fuchsius pour un tupin de vin d'Anjou, Bauderon qui estoit desnommé le Pyrrhonien pour ce qu'il estoit accoutumé de doubter de tout, voyre même de la docte science Hippocratique. Et estoient encore aultres escholiers plus enclins à arrouser leur gousier, qu'à se consolider les méninges.

II. — OU IL EST PARLÉ DES LICQUEURS APPÉRITIVES ET AULTRES.

Adoncques ! fist Rondelet. Je cuyde que nul subject ne paroyt aussi idoine à servir d'ouverture de ces menuz propos que de traicter des licqueurs dictes aperientes.

Cecy est vray, dit maistre Erasmus, d'autant qu'aujourd'hui les apothicaires ne sont plus seuls à dispenser cettuy drosguerie, mais encore les aubergistes servent ès hotesleries jus de plantes confictes émmi le vin clayret.

Je vous ay dict lors de nos doctes entretiens que parmi les syrops apéritifs estaient surtout le syrop de mente et celui d'absynthe ; le prime, reschauffant l'estomac, facilitant la coction et empeschant la nausée ains la lienterie, le second expurgeant les résidus de la poche stomacale, et délivrant par une bonne coction le foye de l'infarctus, tous deux estant idiones comme le dict Messire Frambœsarius ad imbecilliorem ventriculum robustandum.

Mais vecy que hosteliers et aubergistes meslangent cestuy sirops avecques vin blanc, voyre même avecques ce jus distillé que les alchemistes denomment alcohol...

Hé ! fist Rondelet, la formule n'est point si mauvaise, j'ay gousté cettuy meslange et l'ay trouvé fort délectable.

— Ouais, dit Ingerius, mais j'ai ouï qu'un savant alchemiste, ayant versé cettuy licqueur ès oreilles d'un lapereau, la pauvre beste moufust incontinent...

Ha ha ! dit Rondelet, l'alchemiste estait saoul et le pauvre leporide est mort de chagrin de voyr verser ès endroyt si peu idoine à la dégustation, choses si délectables pour le gousier....

Mon amy ! dit Maistre Erasmus vous n'estes point sérieux.... Mais qu'en pense Bauderon.

Bauderon refleschit gravement et dict :

Pour ce qui est de l'action des tisanes, electuaires sirops, licqueurs et autres ingrediens aperitifs, je suys de l'advis de Messire François Rabelais.

Et quel ? firent les autres.

Messire Beroald raconte que Monseigneur le cardinal du Belay, dont Rabelais estoit médecin, estant d'une humeur hypocondriaque, il fust advisé par la docte conférence des docteurs qu'il falloit faire à Monseigneur une décoction aperitive. Rabelais, sur cela, sort, laisse ces messieurs aschever de caqueter pour mieux employer l'argent, et fait mettre au milieu de la cour un trépié sur un grand feu, un chaudron dessus, plein d'eau, où il mist le plus de clés qu'il pust trouver, et en pourpoinct, comme mesnager remuoit les clefs avec un baston pour leur faire prendre cuisson. Les docteurs descendus, voyant cet appareyl et s'en enquerant il leur dict : Messieurs, j'accomplis votre ordonnance, d'austant qu'il n'y a rien tant apperitif que les clés, et si vous n'estes contens, j'enverrai à l'arsenal querir quelques pièces de canon. Ce sera pour fayre la dernière ouverture.

Et se mirent les escholiers à ryre tant baudement que c'estoit passetemps céleste de les veoir ainsi rigouller.

Dr G. P.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Voyages d'Etudes Médicales aux Eaux minérales, Stations climatériques et Sanatoriums de France.

Le Voyage d'Etudes médicales de 1902, aura lieu du 7 au 16 septembre inclus. Il comprendra les stations des Vosges et de l'Est, visitées dans l'ordre suivant : Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne-les-Bains, Luxeuil, Plombières, Gérardmer, La Schlucht, Bussang, Le Ballon d'Alsace, Salins et Besançon.

Le V. E. M. de 1902 — comme celui de 1889 aux Stations du Centre et de l'Auvergne, celui de 1900 aux Stations du Sud-Ouest et celui de 1901 aux Stations du Dauphiné et de la Savoie — est placé sous la direction scientifique du docteur Landouzy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des Conférences sur la Médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur les Chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, à la première station, Vittel.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au départ de la dernière station, Besançon, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Vittel à Besançon, prix à forfait : 200 francs, pour tous les frais : chemins de fer, voiture, hôtel, nourriture, transports des bagages, pourboires.

PROGRAMME

Dans la journée du dimanche 7 septembre, concentration à Vittel, de tous les adhérents à ce voyage.

Lundi 8 septembre 1902. — A 8 heures, visite de Vittel. — A midi. départ en voitures pour Mandres. — Arrivée à Contrexéville vers 3 heures. — Visite de Contrexéville. — Dîner et Coucher, Hôtel de l'Etablissement.

Mardi 9. — Départ en chemin de fer à 8 h. 42 pour Martigny. — Arrivée à 8 h. 54. — Visite. — Déjeuner. — A 2 heures, départ en voitures pour Bourbonne. — Arrivée vers 4 h. 1/2. — Dîner. — Coucher, Hôtel de l'Etablissement.

Mercredi 10. — Visite de Bourbonne. — Déjeuner. — Départ en chemin de fer à 1 heure pour Luxeuil. — Arrivée vers 4 heures. — Visite de la ville. — Dîner. — Coucher. Grands Hôtels de l'Etablissement.

Jeudi 11. — A 8 heures, visite de l'Etablissement. — A 10 h. 30, départ en chemin de fer pour Plombières. — Arrivée à 11 h. 30. — Déjeuner. — Visite de l'Etablissement. — Coucher aux Grands Hôtels.

Vendre 12. — A 7 h. 30 du matin, départ en voitures pour Remiremont par les Feuillées, la Vallée des Roches. — Arrivée à 11 h. 30. — Déjeuner. — A 2 heures, départ en tramway pour Gérardmer. — Arrivée à la pointe du Lac vers 3 h. 1/4. — A pied par la rive droite du Lac jusqu'à Gérardmer ou continuation facultative par le tramway. — Visite. — Dîner. — Coucher, Hôtel de la Poste.

Samedi 13. — A 8 heures, départ en voitures pour La Schlucht. — Arrivée à 10 h. 1/2. — A midi déjeuner. — A 1 heure, départ en voitures pour Cornimont. — Arrivée vers 3 h. 1/2. — Départ en chemin de fer pour Bussang. — Arrivée vers 6 h. 1/4. — Visite. — Dîner. — Coucher, Hôtel de l'Etablissement.

Dimanche 14. — A 7 heures, départ en voitures pour le Ballon d'Alsace. — Arrivée vers 11 heures. — A midi, déjeuner. — A 1 heure, départ en voiture pour Giromagny. — Arrivée vers 3 heures, en chemin de fer pour Besançon par Belfort. — Arrivée à Besançon, vers 6 heures. — Dîner. — Coucher, Hôtel de l'Etablissement.

Lundi 15. — Départ en chemin de fer à 7 h. 1/2 pour Salins. — Arrivée vers 9 h. 1/2. — Visite. — Déjeuner. — Excursion. — A 5 h. 1/4, départ pour Besançon. — Arrivée vers 6 h. 30. — Dîner. — Coucher.

Mardi 16. — Visite de l'Etablissement de la Moullère. — Déjeuner. — Dislocation.

Conditions du voyage

I. — Vittel est la première Station prise comme point de concentration de tous les voyageurs. Chacun s'y rendra isolément :

Pour arriver à la gare de Vittel (Compagnie de l'Est), les Compagnies de Chemins de fer accordent une réduction de moitié prix à tous les médecins et étudiants en médecine, quel que soit le point de la France d'où ils partent. Pour recevoir, en temps voulu, ce billet de faveur, il est nécessaire d'indiquer très exactement, en s'inscrivant, la gare de départ, ou pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français. Semblable réduction est accordée aux femmes de médecins par toutes les Compagnies de Chemins de fer, à l'exception de la Compagnie du midi.

Chaque voyageur peut arriver à Vittel, à son gré, dans la journée du 7 septembre. — Nous assurons le dîner et le coucher, à la condition qu'il nous prévienne 10 jours d'avance.

II. — De Vittel à Besançon, les voyageurs visiteront en groupe les stations suivantes : Vittel — Mandres (Colonie scolaire) — Contrexéville — Martigny — Bourbonne-les-Bains — Luxeuil — Plombières — Gérardmer — La Schlucht — Bussang — Le Ballon d'Alsace — Salins — Besançon.

Prix à forfait : 200 francs par personne, payable en s'inscrivant. Ce prix comprend tous les frais du voyage, depuis le moment de l'arrivée à Vittel (dans la journée du dimanche 7 septembre au gré de chacun), jusqu'au moment où les voyageurs se sépareront à Besançon (le mardi 16 septembre dans la soirée ou le mercredi matin 17 septembre, au gré de chacun) : trajets en chemin de fer, voiture, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

III. — Le mardi 16 septembre, le dernier repas pris en commun sera le déjeuner à Besançon, à 11 heures environ. — Après le déjeuner, les voyageurs pourront, à leur gré, soit prendre à Besançon les trains pour leur résidence, soit rester à Besançon où nous assurons leur dîner, leur coucher et leur petit déjeuner le lendemain matin.

Pour retourner de Besançon (Compagnie P.-L.-M.) à son lieu de résidence, qui a été son point de départ, chaque médecin ou étudiant en médecine bénéficiera, comme à l'aller, en venant à Vittel, de la réduction de moitié prix sur les chemins de fer. Toutes les Compagnies de chemins de fer — à l'exception de la Compagnie du midi — accordent la même réduction aux femmes des médecins.

En raison de la courte durée du voyage et des trajets importants en voiture, les voyageurs sont priés de réduire leurs bagages au strict nécessaire et de n'emporter qu'une valise d'un maniement facile. Ils devront veiller sur leurs bagages et en demeurent responsables pendant toute la durée du voyage.

Les Compagnies de chemins de fer, en accordant d'une façon tout à fait exceptionnelle aux adhérents de ce voyage la faveur de rejoindre isolément, avec des billets à demi-place, la première station de la tournée, Vittel, ont expressément spécifié qu'on s'y rendrait sans arrêt et par la voie la plus directe. Il en est de même pour le retour au lieu de résidence, en quittant la dernière station, Besançon.

Dans le cas où, pour un motif quelconque, le voyage n'aurait pas lieu, les personnes inscrites ne pourront prétendre qu'au remboursement des sommes versées.

Pour s'inscrire, envoyer : I. Son adhésion au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (8e) : Son nom et son adresse lisiblement écrits ; 2° l'indication de la gare d'où l'on partira, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français ; 3° le jour de l'arrivée à Vittel. — Sa souscription, 200 francs, à M. le Directeur du Crédit Lyonnais, Agence B., Compte V. E. M., Place de la Bourse, Paris.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 25 août 1902, terme de rigueur.

Le **Congrès annuel de la Société belge de chirurgie** qui se tient régulièrement à Bruxelles, au mois de juin, aura lieu cette année les 8, 9 et 10 septembre. Cette réunion sera exclusivement consacrée à la discussion des trois questions suivantes :

1° Le traitement de l'appendicite. Rapporteurs : MM. A. Broca, de Paris ; A. Gallet, de Bruxelles ; C. Roux, de Lausanne, et Sonnenburg, de Berlin.

2° Le traitement des fractures des membres. Rapporteurs : MM. A. Depage, de Bruxelles ; Rothschild, de Francfort, et Th. Tuffier, de Paris.

3° De l'asepsie opératoire, en tant que préparation des mains, de la région et du matériel de suture et de ligature. Rapporteur : M. Valravens, de Bruxelles.

La Société profitera de la présence à Bruxelles d'un grand nombre de chirurgiens étrangers, pour jeter les bases d'une Société internationale de chirurgie, conformément à une proposition de M. Ch. Willems. Les chirurgiens qui n'ont pas encore répondu à l'invitation de la Société belge de chirurgie, sont priés de le faire sans retard et, en tout cas, avant le 15 août, 310, rue Royale, Bruxelles.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Notre Carnet

Le docteur Potel, nous fait part de la naissance de sa fille Thérèse. Nous adressons à notre collègue nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

UNIVERSITÉ DE PARIS

La chaire d'anatomie de la Faculté de médecine est déclarée vacante.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Ecole de médecine de Marseille. — M. le docteur Rips est nommé chef de clinique chirurgicale ; M. le docteur Olmer, chef de clinique médicale ; M. le docteur Dumon, chef de clinique obstétricale.

Distinctions honorifiques

Mérite agricole. — M. le docteur Lafont, médecin major de 2e classe des troupes coloniales, est nommé *chevalier*.

Médailles d'honneur des épidémies. — Des *Médailles d'argent* sont accordées à MM. les docteurs David (de Nevers) ; Gigon (de Saint-Calais) ; Villemin et Tollemer (de Paris) ; *Médailles de bronze* : MM. les docteurs Buard (de Bordeaux) ; Le Noc (du Faouet) ; Chérière (d'Essonnes) ; Aguinet ; Bergeron ; Gasne, internes des hôpitaux de Paris ; Bouchez ; Courtellemont ; Dieuzaide ; Grosset ; Hélie ; Landry ; Petiteau, externes des hôpitaux de Paris.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

31e Semaine, du 27 Juillet au 2 Aout 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	10	9
3 mois à un an	9	12
1 an à 2 ans	2	4
2 à 5 ans	4	2
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	1	4
20 à 40 ans	6	4
40 à 60 ans	8	6
60 à 80 ans	15	4
80 ans et au-dessus	»	1
Total	56	47

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	1	3	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	5	»	»	3	»	»	»	»	»	3	13	11
Moulins, 24,947 hab.	1	»	»	»	»	»	»	2	»	»	4	»	»	»	1	»	1	1	»	6	16	13
Wazemmes, 36,782 hab.	4	»	»	»	»	»	»	1	»	1	8	»	1	2	»	»	2	»	»	8	27	21
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	10
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	1	2	»	»	»	»	»	»	7	7
Esquermes 11,381 hab.	3	»	»	»	»	»	»	»	1	1	3	»	»	2	»	»	1	»	»	2	13	4
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	4	7
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	2	»	»	1	»	1	»	»	»	2	7	19
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	2
Sud, 5,908 hab.	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	2	7	4
Total	10	1	»	»	»	1	»	5	5	5	27	»	»	12	1	1	4	1	»	28	108	108

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc.
Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 292. Sixième Année. N° 33. Le Numéro : **10** centimes. 17 Août 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Prophylaxie des Maladies vénériennes

Par M. **Moty**, médecin-principal agrégé du Val-de-Grâce

Les lignes qui suivent visent à résumer une des questions les plus complexes de l'hygiène sociale et individuelle ; question mise à l'ordre du jour par la fondation d'une importance Société qui s'étend de jour en jour à travers l'Europe. Le but de cette Société est de rechercher les causes du mal vénérien et les moyens de le combattre, et de faire appel au concours des pouvoirs publics pour mettre en œuvre les mesures législatives et administratives reconnues applicables.

Ce but a été très clairement défini par M. le professeur FOURNIER dans une sorte de profession de foi placée en tête des statuts de la Société ; mais il est beaucoup plus facile à définir qu'à atteindre et nul ne se faisait illusion sur la rapidité des résultats à espérer. Il est évident, en effet, qu'on ne peut guère aggraver les mesures policières qui ont déjà provoqué bien des protestations et qu'il faudra beaucoup de temps pour faire pénétrer dans la masse des esprits le rôle néfaste de la syphilis dans la vie des races comme dans celle des individus et les graves responsabilités encourues par ceux ou celles qui propagent les maladies vénériennes.

Mais plus la tâche est lourde plus il importe de l'aborder sans retard aussi bien que sans précipitation en se gardant de la réglementation à outrance autant que de l'imprévoyance d'un fatalisme découragé.

Endémiologie des maladies vénériennes. — L'origine des maladies vénériennes, comme celle de la plupart des maladies contagieuses, se perd dans les brumes du passé ; il est difficile d'admettre que l'une quelconque d'entre elles se soit spontanément formée de toutes pièces à un âge quelconque de l'humanité ; la fixité de leur type ne permet pas non plus de supposer qu'elles soient le résultat d'une évolution lente des infiniment petits, aboutissant après des siècles à la forme que nous leur connaissons actuellement. Force nous est donc de reconnaître que le mystère qui plane sur leur origine se confond avec celui des origines de la vie à la surface de notre globe.

Mais si nous ignorons presque tout leur passé il nous est au contraire assez facile de connaître leur évolution actuelle dans un point donné, par l'étude comparée de cette évolution sur plusieurs points, de déterminer les lois générales qui président sous nos

yeux à leur développement et de nous rendre compte des causes qui le favorisent ou le combattent.

En fait de maladies vénériennes on ne doit accepter les statistiques qu'avec toutes espèces de réserves ; beaucoup de cas passent inaperçus, ignorés de tous, même de celui qui en est la victime ; beaucoup sont dissimulés et, en ce qui concerne la syphilis, ne voit-on pas, même chez les médecins, des syphilides cutanées tardives méconnues et sommes-nous jamais en mesure d'affirmer, en dehors des cas de réinfection positive, qu'une syphilis est guérie ?

Nous n'en devons pas moins accorder une valeur relative considérable aux documents qui permettent d'apprécier la marche d'une maladie vénérienne dans une ville donnée.

A Paris, M. Fournier estime que la proportion des syphilitiques oscille entre 13 et 16 pour 100 ; chez les accouchées des hôpitaux, Bor trouve 7 à 8 pour 100 de syphilitiques. Les observateurs des différents pays (Fobold en Allemagne, Tarnowski en Russie) s'accordent pour fixer aux environs de 12 pour 100 la proportion des syphilitiques et pour admettre que la maladie continue sa marche progressive dans l'ensemble de la population.

Le chancre mou semble au contraire devenir de plus en plus rare tout en continuant à former des foyers assez actifs sur quelques points, tels que le nord de l'Espagne.

Quand à l'uréthrite, elle est si fréquente que Fournier dit qu'il n'est guère d'homme qui n'en soit atteint au moins une fois, d'où il découle que la plus grande partie des femmes doit également ressentir son influence.

Les statistiques militaires sont particulièrement instructives parce qu'elles sont parfaitement comparables entre elles et peuvent servir d'étalon pour apprécier le degré syphilimétrique d'une nation. Nous empruntons à notre collègue et ami le docteur Burlureaux les chiffres avec lesquels nous constituons le tableau ci-dessous.

Proportion des syphilis dans les armées en 1898

France	7,8	pour 1000
Allemagne	4,4	—
Angleterre	75	—
Russie	11	—
Roumanie	12	—
Autriche.	18,9	—
Italie.	12	—
Belgique	7	—

Il faut remarquer que les troupes coloniales fournissent un contingent de maladies vénériennes beaucoup plus élevé que celles de leur métropole ; après déduction des cas d'Algérie, la proportion des syphilis dans l'armée française s'abaisse à 6,05 ; l'abaissement serait encore proportionnellement beaucoup plus considérable dans l'armée anglaise.

Un autre fait très consolant c'est que l'ensemble des maladies vénériennes suit une marche décroissante dans les armées et que de 66 pour 1000 en 1880 il est descendu en France à 32,5 pour 1000 en 1898.

Le régime sanitaire des pays étrangers et ses variations retentissent d'une façon très apparente sur la proportion des maladies vénériennes, et la suppression de toute surveillance administrative a produit en Angleterre et en Italie des résultats si désastreux qu'on a dû renoncer, provisoirement du moins, à ce système.

Notons enfin que le mois de novembre qui correspond en France à l'appel des jeunes soldats est sensiblement plus chargé que les autres au point de vue vénérien : 526 au lieu de 387 cas, moyenne des autres mois.

Une autre donnée de grande importance nous est fournie par un récent travail du docteur E. Fournier (*Presse médicale*, 4 avril 1900) ; elle concerne l'âge habituel de la contagion syphilitique ; il ressort de ce travail que plus de 30 pour 100 des contaminations chez la femme et plus de 15 pour 100 chez l'homme ont lieu avant la 21e année et que le sommet de la courbe statistique par âges se trouve à 18 ou 20 ans chez la femme et à 23 ans chez l'homme ; ces chiffres étant d'ailleurs sujets à varier suivant les milieux dans lesquels on observe. C'est dans la population civile de Paris qu'ont été recueillies les statistiques importantes sur lesquelles repose le travail de E. Fournier.

A un point de vue plus général on constate que les grandes agglomérations d'hommes, telles que les capitales, les villes situées au croisement des voies de communication, les ports de mer surtout et, plus généralement encore les races nomades ou voyageuses ou celles qui sont constamment traversées par un courant étranger important, ces cités et toutes ces races sont plus sujettes que les autres à la contagion vénérienne.

Les grands rassemblements d'hommes éloignés de

leurs familles, surtout s'ils sont munis d'argent, provoquent des rassemblements de prostituées ; il y a, comme nous le verrons, parallélisme entre la prostitution et les maladies vénériennes ; toutes les causes qui séparent l'homme de son foyer sans lui en donner un nouveau sont donc favorables au développement de ces maladies.

Cela posé, il faut remarquer que pour la syphilis comme pour la plupart des affections inoculables, le virus est d'autant plus redoutable qu'il est plus jeune ; d'où il résulte que la rapidité des courants humains sur terre et plus encore peut-être sur mer, est de nature à multiplier les syphilis graves en favorisant la diffusion du virus à sa période la plus active.

De telle sorte qu'en récapitulant les causes générales du développement de la syphilis nous arrivons à ce tableau susceptible de causer quelque surprise.

Causes favorables à la syphilis. — A. *Causes générales.* — 1° Formation des grandes agglomérations ;

2° Utilisation de la vapeur pour les transports ;

3° Armement d'un grand nombre d'hommes ;

4° Développement du commerce, de la marine et de l'industrie ;

5° Susceptibilité spéciale de certaines races à la maladie.

B. *Causes individuelles.* — Cette deuxième catégorie de causes se confond plus ou moins avec la première dont elle est en même temps facteur et résultat. Ces causes sont :

1° La vie des adultes hors de leurs foyers et les mariages tardifs ;

2° Les professions nécessitant de fréquents voyages ;

3° L'ignorance et l'insouciance ;

4° L'alcoolisme.

J'ai laissé de coté la prostitution qui mérite d'être examinée à part.

C. — *Causes défavorables au développement de la syphilis.* — Ce sont naturellement les conditions inverses des précédentes ; je me borne donc à faire remarquer que certaines races sédentaires, vivant par petits groupes et sans rapports avec leurs voisins, paraissent complètement exemptes de syphilis et viennent ainsi confirmer les données posées sommairement en tête de ce chapitre (montagnards de l'Annam et du Tonkin). Une telle manière de vivre est évidemment incompatible avec la civilisation moderne.

Une deuxième condition, incompatible en apparence au moins avec la précédente, est le développement intellectuel, social ou individuel. Il suffit, pour étayer cette proposition, de rappeler l'énorme contingent de maladies vénériennes chez les arabes et de lui opposer les chiffres de plus en plus favorables, dont peut s'enorgueillir l'hygiène publique et militaire allemande.

Voilà, je pense, les principales données d'un immense problème, touchant au cœur même de la vie sociale et individuelle de presque tous les peuples, plein d'éléments contradictoires et envisagé par les médecins, les sociologues et les législateurs, avec des vues non moins contradictoires.

Principes de la prophylaxie des maladies vénériennes. — Avant de mettre en œuvre les données rassemblées ci-dessus, il me semble nécessaire d'énoncer quelques principes devant présider à cette mise en œuvre. En effet, si la plaie vénérienne était minime et facile à circonscrire, le législateur pourrait, en vue du salut public, la traiter par des moyens héroïques visant à détruire la totalité du mal ; mais il n'en va point ainsi dans le monde moderne, sillonné de puissants courants internationaux ; il faut donc, si l'on veut aboutir, s'orienter soigneusement afin de ne pas manquer le but.

Principes de prophylaxie vénérienne. — I. La contagion des maladies vénériennes étant presque toujours le résultat d'un acte volontaire ou consenti, ces maladies ne peuvent être placées au point de vue prophylactique sur le même pied que les autres affections contagieuses et nécessitent une législation spéciale.

II. L'individu a, sous sa responsabilité, la libre disposition de son sexe, tant qu'il ne contrevient pas aux lois établies.

III. Les moyens coercitifs ne sont applicables qu'à défaut ou en raison de l'insuffisance des moyens moraux et hygiéniques.

IV. La puissance des premiers est en raison inverse de développement des agglomérations, la puissance des seconds croît avec l'instruction et la moralité.

V. Les Sociétés étant comme tous les êtres vivants en état d'évolution continue, la prophylaxie des maladies vénériennes doit suivre pas à pas les progrès sociaux et se modifier suivant les circonstances.

VI. La prostitution est actuellement le principal

facteur des maladies vénériennes en Europe ; la prostitution clandestine est la plus redoutable. Le but des législateurs doit donc être de faire disparaître sous toutes ses formes cette honte des nations civilisées.

Si j'ai tenté de formuler ces quelques propositions, c'est que j'ai été souvent frappé par l'absence de ligne directrice dans les discussions que soulève à chaque instant l'éternel problème des maladies vénériennes. Certes, plusieurs d'entre elles sembleront quelque peu platoniques, d'autres seront jugées trop absolues ou trop vagues suivant le tempérament du lecteur et elles sont enfin très loin d'être complètes, car elles laissent de côté le point de vue médical sur lequel je reviendrai plus loin, mais telles quelles sont, elles mettent en relief, si je puis m'exprimer ainsi, le côté idéal de la question.

Que peut répondre le médecin à l'autorité administrative qui lui demande son avis ? bien peu de choses qui n'ait été déjà dit : que la prostitution clandestine est la plus dangereuse ; que les cas de syphilis ignorée sont les plus redoutables, que les jeunes prostituées sont plus à craindre que les vieilles, parce que leur contamination est récente et c'est à peu près tout, car parmi les maladies vénériennes, le chancre mou seul a une durée à peu près fixe et n'est pas sujet aux rechutes, nous ne pouvons donc déterminer d'une manière certaine, ni la durée de la syphilis et de son traitement, ni son degré absolu de contagiosité et nous n'avons jusqu'ici aucun signe nous permettant d'affirmer qu'elle est guérie. Nous ne pouvons donc fournir que les données statistiques qui servent à fixer la courbe ascendante ou descendante des maladies vénériennes et à faire connaître les catégories ou localités qui leur paient le plus lourd tribut.

Il est médicalement probable que si tous les vénériens étaient mis en quarantaine jusqu'à guérison, les maladies vénériennes disparaîtraient, mais cela n'est pas certain et comme une pareille mesure est impraticable, on devra toujours se contenter de parer aux dangers les plus pressants, sans poursuivre le but irréalisable de leur extinction. Voyons donc ce qu'est aujourd'hui la prophylaxie de la syphilis et essayons de prévoir les modifications qu'elle devra subir progressivement dans l'avenir.

Prophylaxie actuelle. — Elle se borne à la surveillance des prostituées inscrites et à leur séquestration, quand elles sont reconnues dangereuses, aux mêmes mesures appliquées aux hommes dans l'armée et la marine et enfin à une guerre plus ou moins active contre les prostituées clandestines. Tout le reste, c'est-à-dire quarante-neuf cinquantièmes des populations, aussi bien dans le Nouveau Monde qu'en Europe, échappe à l'influence des règlements sanitaires.

Pour les prostituées inscrites tout est simple ; on les tolère et elles acceptent de leur côté la tutelle de l'Etat. Nous n'insisterons donc pas ici sur ce qui les concerne ; même observation pour l'armée et la marine qui viennent de bénéficier d'améliorations assez importantes : Discrétion des visites individuelles, conseils prophylactiques et conseils thérapeutiques, etc., sans parler des précautions contre les contagions accidentelles non vénériennes, dont l'importance est d'ailleurs très minime, et de la création de maisons du soldat tendant à remplacer le foyer paternel pour les militaires et les marins. Mais où la question devient tout à fait difficile, c'est quand il s'agit des prostituées clandestines ? Logiquement ce devrait être toute femme qui se vend sans payer patente, mais en réalité c'est une femme sans intelligence et sans argent qui est exploitée par un patron peu scrupuleux, ou qui, plus intelligente, se suffit à elle-même et vit des largesses de ses amants d'une nuit en se couvrant du prétexte d'une profession quelconque.

Mais combien de fois par semaine une femme doit-elle changer d'amants pour être une prostituée authentique ? comme le demandait spirituellement le docteur Gautier à l'une des dernières séances de la Société de prophylaxie de Paris. Il est en effet parfaitement impossible de définir rigoureusement la prostitution clandestine et c'est se bercer d'illusions que de croire qu'on gagnera beaucoup à poursuivre méthodiquement cette catégorie de femmes. On en sera toujours réduits dans cette guerre à des mesures de police plus ou moins aveugles, soulevant des récriminations intéressées ou aboutissant à de regrettables erreurs et restant cependant toujours bien en deçà du but.

J'en conclus qu'il n'y a de ce côté rien à modifier aux usages actuels ; qu'il est impossible de faire une loi viable et efficace sur la prostitution clandestine et que sans se relâcher de la surveillance des femmes de mauvaise vie susceptibles de faire du scandale ou de devenir un danger public, il n'y a pas lieu de trans-

former cette surveillance en inquisition. Il serait certainement à désirer que le service féminin fût interdit dans les débits de boissons, mais comment réaliser ce desideratum ? La législation concernant les débits de boissons est actuellement soumise à l'étude d'une commission sénatoriale composée des hommes les plus compétents, animés du plus vif désir de remédier au mal et certes, on peut attendre d'eux d'importants résultats, mais encore une fois sans illusions.

Les médecins des hôpitaux parisiens remarquent que le nombre des contaminations nouvelles fléchit chaque fois que le nombre des prostituées arrêtées augmente (1). Cette constatation justifie ce que nous disions tout à l'heure au sujet de la surveillance nécessaire, mais ce serait tomber dans une grave erreur que de mettre en application les conséquences logiques de cette constatation et de faire arrêter toutes les femmes suspectes pour les traiter jusqu'à guérison. Où les mettre ? Comment les découvrir ? Et ensuite comment supposer que le courant humain ne ramènerait pas six mois plus tard les choses au point où elles en étaient après cette formidable tentative, de même que les abaissements temporaires signalés dans les hôpitaux spéciaux de Paris ne modifient pas beaucoup les moyennes annuelles des cas.

Plus on réfléchit, plus on se confirme dans la conviction qu'il y a peu de chose à faire avec les moyens légaux actuels ou en renforçant ces moyens dans le sens de la prohibition. La principale objection contre le système prohibitif restera toujours l'inégalité de traitement des hommes et des femmes, et, en effet, que sert de guérir les femmes si les hommes restent malades ? Et comment justifier à l'égard de ces derniers un système quarantenaire si atténué soit-il, puisque leur affection, tout en étant grave et contagieuse, ne possède cette dernière qualité qu'à l'égard de celles qui s'y exposent volontairement.

Prophylaxie de l'avenir. — Je me propose d'exposer sous ce titre les progrès réalisés récemment dans la prophylaxie et de rechercher la cause des progrès ou des reculs observés dans les maladies vénériennes afin d'en déduire la direction à donner à nos efforts et l'attitude à adopter auprès des autorités administratives.

(1) Rapport de M. Le Pileur.

Il ressort des chiffres relatés plus haut que dans l'armée les maladies vénériennes ont sensiblement diminué. A quoi tient cette diminution ? Nous n'hésitons pas à répondre que c'est au recrutement régional. Pourquoi l'Allemagne est-elle la puissance d'Europe la plus favorisée ? parce qu'elle a le recrutement régional, le service de deux ans et pas de colonies. Pourquoi l'Angleterre est-elle la plus éprouvée des nations européennes dans ses armées ? parce que toutes ses troupes passent par les colonies.

Dans un autre ordre d'idées, pourquoi les colonies sont-elles si fortement touchées par les maladies vénériennes ? C'est parce qu'elles sont peuplées de races routinières et indifférentes, se défendant mal contre toutes les infections, à moins que la nature ne les ait spontanément armées contre elles.

Pourquoi certaines professions (voyageurs de commerce), pourquoi les grandes villes et les ports paient-ils aux maladies vénériennes un si lourd tribut ? Parce que les déplacements, les courants d'étrangers favorisent les contaminations. Peut-être démontrerait-on sans peine que la prospérité du commerce correspond à une augmentation du mal vénérien, mais je m'arrête, car il n'y a pas de loi sans exception et il reste toujours un point d'une appréciation très délicate, c'est ce que j'appellerai le coefficient de race, coefficient qui entre probablement en ligne pour justifier les chiffres respectifs de 12 et 18 pour mille représentant la morbidité syphilitique annuelle dans les armées russe et autrichienne.

Je ne puis pas, faute d'espace, multiplier ces exemples dont il ressort selon moi que les faits ethnologiques, sociaux ou économiques, agissent beaucoup plus puissamment sur les maladies vénériennes que les mesures prophylactiques quelque rationnelles qu'elles soient. Cela ne veut pas dire qu'il faille se croiser les bras et observer d'un œil indifférent les progrès du mal, l'exemple de l'Italie et celui de l'Angleterre sont là pour justifier la surveillance des prostituées dans les grands centres, mais cela nous montre comment le mal se dérobe à notre action et comment en Allemagne, le pays de l'hygiène par excellence, Fobold admet 12 pour 100 de syphilitiques dans la population civile, chiffre presque égal à celui que Fournier admet pour Paris.

Cela posé, nous réunissons en trois groupes les moyens d'action susceptibles d'être mis en ligne contre les maladies vénériennes. Ces trois groupes sont :

1° Moyens hygiéniques médicaux ou individuels;
2° Moyens hygiéniques sociaux ;
3° Moyens administratifs.

Moyens médicaux ou individuels. — Le rôle du médecin est de tous les jours et s'adresse à tous les âges ; il est incontestable. A lui de faire connaître aux familles les dangers des maladies vénériennes, de reconnaître la syphilis chez ceux qui ne s'en soupçonnent pas atteints, à eux d'insister sur la nécessité d'un traitement prolongé, à eux de surveiller la descendance des anciens syphilitiques.

Le médecin doit en outre saisir toutes les occasions d'instruire les jeunes hommes de certaines particularités intéressantes, telles que celles-ci : éviter le plus possible les prostituées clandestines, surtout les jeunes, toujours plus dangereuses.

Il doit en outre agir sur ses malades syphilitiques pour les faire retarder le plus possible l'époque de leur mariage ou au moins de leur paternité ou de leur maternité.

Il doit surtout faire pénétrer dans sa clientèle l'idée que tout être intelligent doit éviter avec soin les maladies vénériennes, s'en guérir le plus vite possible et faire tout ce qui est nécessaire pour ne contaminer personne, que le syphilitique, quel que soit son sexe, qui contamine un sujet sain, commet un abus de confiance et peut-être un homicide par imprudence.

Quand doit finir le traitement? c'est au tact de chacun à fixer cette limite ; nous sommes peu disposés à accepter quelque formule que ce soit pour répondre à cette question ; la syphilis est trop variable dans sa gravité. Mais en cas de doute mieux vaut pécher par excès, dépasser un peu les limites apparentes du nécessaire et dans la suite traiter les malades pendant deux à six ans par des séries de doses progressives d'iodure de potassium à prendre pendant une période de douze jours, dans les trois mois du printemps, suivant la méthode de Fournier.

Toutes les fois que le médecin d'un établissement scolaire est pressenti au sujet de conférences antivénériennes, il est à souhaiter qu'il se dévoue résolument à cette tâche au cours de laquelle il présentera à ses jeunes élèves l'hygiène individuelle sexuelle comme un véritable devoir.

Moyens sociaux. — On pourrait soutenir que les maladies vénériennes considérées comme plaie sociale résultent d'une faute sociale. En effet, si tout homme ne connaissait qu'une femme et réciproquement, elles ne tarderaient pas à s'éteindre ; la syphilis est résultat et symptôme de prostitution. Lutte contre la syphilis et lutte contre la prostitution sont donc deux termes équivalents pour le sociologue. Or, il est malheureusement vrai que nous n'avons que peu d'action sur les mœurs d'où découle la prostitution. Mais est-ce une raison pour ne pas analyser les causes du mal? Nous ne le pensons pas ; il nous semble au contraire que les sociétés ont à cet égard les mêmes besoins que les individus; comme lui elles connaîtront le mal et son remède et y succomberont cependant, mais mieux que lui peut-être elles profiteront de ce qu'elles sauront, parce qu'elles ont pour elles la durée.

La civilisation qui, par la vapeur, multiplie les cas de syphilis, en atténue en même temps la gravité par les progrès de son traitement. Envisageant donc le côté social de la question, nous disons :

1° Avec le docteur Gautier qu'il y a lieu de souhaiter les mariages précoces.

2° Nous pensons également qu'il serait bon de rendre obligatoire un certificat médical d'aptitude au mariage. Problème difficile à résoudre, non pas tant à cause du sentiment de pudeur féminine (il y a des femmes médecins) qu'en raison des questions de droit général qui se dressent insolubles et redoutables en face des hygiénistes : La société peut-elle empêcher un syphilitique de se marier ? — Pour les spartiates la réponse n'eût pas été douteuse — mais nous ne sommes plus à une époque de rigorisme et nous devons nous contenter de répondre timidement « cela devrait être, au moins jusqu'à guérison probable. »

3° Les droits des enfants naturels doivent être égaux à ceux des enfants légitimes (Docteur Gautier).

4° Il est à souhaiter que la recherche de la paternité soit autorisée et que l'abandon des filles-mères soit condamné par la loi comme il l'est déjà par la morale (Docteur Gautier).

5° L'abandon d'enfants orphelins ou non de leur mère, équivaut à l'abandon d'une fille-mère.

Pour tout dire d'un mot, il faut que la noblesse de sentiments et la morale élevée qui n'abdiquent jamais leurs droits dans le fond des consciences, s'inscrivent peu à peu dans les lois.

Plus l'instruction se répandra, plus le sentiment de dignité personnelle s'élèvera et plus apparaîtront l'obligation des traitements précoces et complets et la criminalité des propagateurs conscients de maladies

vénériennes, auxquels les Codes civil et pénal pourraient faire sentir leur responsabilité d'une manière plus immédiate.

Les sociétés de secours mutuels pourraient utilement répandre les notions élémentaires de prophylaxie parmi les voyageurs de commerce, comme cela se fait déjà dans l'armée et la marine.

On doit compter fermement sur l'instruction hygiénique spéciale dont M. FOURNIER s'est constitué le champion. Tout ce qui a été fait sous l'empire de cette idée directrice est inattaquable ; elle est certainement la conception la plus heureuse, la plus illimitée, celle qui sera la plus féconde dans l'avenir. Dès l'instant que l'on enseigne aux enfants « que la femme enfante dans la douleur » il n'y a aucune raison pour ne pas enseigner aux adultes que l'homme et la femme risquent leur santé dans les excès ou les négligences sexuelles et que les précautions hygiéniques individuelles, fussent-elles bornées à un simple lavage diminuent beaucoup le danger.

Ce qu'il faut surtout développer chez les adultes c'est le sentiment de la dignité et de la responsabilité individuelle qui peut seul légitimer la liberté et conduire peu à peu à la suppression de la prostitution, c'est-à-dire à la disparition presque totale des maladies vénériennes et à leur radiation du cadre des plaies sociales.

Un mot seulement au sujet des colonies : races indigènes fatalistes, insouciantes et ignorantes, fréquence facile à prévoir des maladies vénériennes ; voilà l'état des choses et sa cause. Toutes les colonies ne sont cependant pas sur le même pied parce que l'élément ethnique se place chez elle en première ligne ; en opposition avec la race arabe si sensible à la syphilis nous avons en extrême Orient la race annamite sur laquelle le virus syphilitique évolue mal et s'éteindrait peut-être s'il ne se retrempait continuellement dans les sources chinoises et européennes.

Nous pouvons remarquer en outre que dans nos races coloniales où l'alcool n'a pas trouvé d'écoulement les formes cérébro-spinales de la syphilis sont extrêmement rares. Il y a beaucoup de cataractes chez les arabes, beaucoup doivent être d'origine syphilitique, mais on ne trouve ni tabes, ni paralysie générale, au moins n'en ai je jamais trouvé pendant un séjour de plus de huit années en Algérie au milieu d'une clientèle arabe souvent trop nombreuse, parmi laquelle les désastres osseux étaient fréquents. Ce qui nous porte à penser que l'alcoolisme et le surmenage cérébral sont pour quelque chose dans la fréquence des syphilis cérébrales chez l'européen. Très dociles au « pénis du gouvernement » et pleines d'égards pour le médecin qui le manie, les régulières arabes sont peut-être la partie la moins dangereuse de la prostitution algérienne. Rien n'empêcherait d'instruire peu à peu les arabes par l'intermédiaire de leurs marabouts.

Prophylaxie administrative. — C'est l'ultima ratio des hygiénistes, si l'on veut, c'est-à-dire le seul moyen de répondre actuellement au débordement de la prostitution ; on ne peut, à notre avis, ni le supprimer ni le développer ; il doit être manié avec tact et durera autant que la prostitution car, si répugnant qu'il paraisse, il est impossible de ne pas le considérer comme un grand bienfait; c'est tout ce que nous voulons en dire.

Encourager par une prime les déclarations volontaires d'accidents vénériens chez les prostituées ferait peut-être fléchir de quelques degrés la courbe des contagions. Mais si l'on envisage l'avenir, on ne peut que souhaiter l'abstention totale de l'administration dans une question où il est régrettable qu'elle ait été obligée d'entrer.

Conclusions. — Pour conclure nous dirons que le médecin doit envisager les moyens administratifs comme une pénible nécessité.

Qu'il doit appeler de ses vœux toutes les mesures législatives de nature à faire disparaître la prostitution en facilitant le mariage et en s'opposant à l'abandon des mères ou des enfants.

Qu'il doit demander la diffusion des notions d'hygiène sexuelle parmi les adultes et coopérer lui-même à cette diffusion toutes les fois qu'il le peut, afin que la jeunesse des nations civilisées soit instruite des dangers des maladies vénériennes et des responsabilités qui incombent à ceux qui les propagent, que les jeunes hommes prennent conscience des devoirs moraux de la paternité et que les jeunes filles soient élevées dans la haine de la prostitution, qui est pour la femme le plus cruel des esclavages et n'a pour excuse que d'être acceptée par son inconsciente victime.

Hémorrhagies précoces et avortement dans un cas d'insertion vicieuse du placenta (1)

Par le docteur **M. Oui**, agrégé des Facultés de Médecine
Chargé de cours d'accouchement à l'Université de Lille

Le cas suivant que j'ai l'honneur de présenter à la Société me paraît offrir des particularités intéressantes, sur lesquelles je reviendrai plus loin :

La femme B..., âgée de 33 ans, entre dans le service de clinique chirurgicale, le 23 juin, avec le diagnostic de rétention placentaire post abortive.

Cette femme, toujours bien et régulièrement menstruée depuis l'âge de 16 ans, s'est mariée à 21 ans. De 1890 à 1899, elle a eu dix grossesses. Elle a accouché à terme en 1890, 1892, 1893, 1894 ; les quatre enfants provenant de ces accouchements sont vivants. En 1896 accouchement prématuré, à huit mois, d'une fille morte à dix-sept jours. En 1897, nouvel accouchement à terme d'un enfant vivant et bien portant. De 1897 à 1899, elle fait quatre grossesses successives terminées par des avortements à trois, six cinq et six mois, avortements qu'elle attribue à des chutes ou à des frayeurs. Le seul détail que nous ayons pu recueillir sur ces avortements, c'est qu'il se produisit, après le dernier, une rétention placentaire qui dura dix jours, sans phénomènes de septicémie.

Onzième grossesse. Dernières règles du 27 au 30 mars. Durant le mois d'avril, cette femme ne ressent rien de particulier et, comme lors de ses précédentes grossesses, elle a toujours eu des vomissements très précoces, elle croit à un simple retard de règles.

Du 8 au 10 mai, pertes sanguines que leur durée et leur abondance font prendre pour des règles. Mais à partir de ce moment, il se produit quotidiennement, pendant quelques heures, un suintement sanguin persistant, assez peu abondant, d'ailleurs, pour que cette femme continue ses occupations habituelles. Le 17 juin, brusquement, elle est prise d'une très abondante hémorrhagie mélangée de gros caillots, et qui détermine une syncope. Elle continue à perdre du sang jusqu'au 23 juin, jour de son entrée à l'hôpital.

Examen. — Au moment de son entrée, cette femme ne perd plus de sang. Par le palper on trouve nettement l'utérus, dont le fond s'élève à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic. Par le toucher, on trouve le col ramolli, complètement fermé, le segment inférieur notablement développé. Il est évident que cette femme n'a pas avorté et qu'elle est actuellement enceinte.

Le 26 juin, la malade passe dans le service d'accouchements où je la garde en observation.

A partir de cette date, presque quotidiennement, pendant une heure ou deux, soit pendant le jour, soit pendant la nuit, il se produit un petit suintement sanguin, très peu abondant, tachant à peine le linge.

Le 6 juillet, hémorrhagie assez abondante avec caillots.

Entre temps, l'état général de la malade devient peu satisfaisant. Elle a beaucoup pâli, se sent très faible et se fatigue même assise dans son lit. L'utérus s'est développé très rapidement. Le 7 juillet, son fond est à 14 centimètres au-dessus du pubis ; le 11, il est à 18 centimètres, dépassant largement l'ombilic.

Le 12 juillet, nouvelle hémorrhagie, peu abondante et de courte durée.

Le 13 juillet, vers huit heures du soir, apparition de contractions utérines douloureuses accompagnées d'une abondante hémorrhagie. Syncope vers deux heures du matin, le 14 juillet. Par le toucher, on constate que le col est ouvert et que la tête du fœtus y est engagée, recouverte par les membranes. En arrière de cette tête, *on sent nettement le bord du placenta qui descend avec elle dans le col.*

L'hémorrhagie s'étant arrêtée, on laisse aller les choses. A onze heures du matin on trouve l'œuf tout entier dans le vagin. Il est expulsé par quelques efforts de la femme.

Œuf complet, membranes intactes. *Le bord du placenta arrive au niveau de la tête fœtale.*

Un premier fait intéressant c'est que, dans ce cas où il existait de façon indéniable une insertion vicieuse du placenta nettement constatée au début de l'avortement, les hémorrhagies se sont produites à une époque de la grossesse très rapprochée du moment de la conception. Cette femme, en effet, était enceinte des premiers jours d'avril et dès le début de mai, une première hémorrhagie se produisait. Nouvelle hémorrhagie, très importante, celle-là, le 17 juin, alors que la grossesse ne datait guère de plus de dix-semaines et, enfin, pertes sanguines répétées aboutissant à un avortement de trois mois et demi au plus.

Ce fait me paraît être une excellente démonstration de la précocité de certaines hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse du placenta. Cette précocité a été vue et signalée par un certain nombre d'accoucheurs, en particulier par Müller et par Pinard ; mais la notion classique qui reste encore presque universellement répandue, et à tort, c'est que les hémorrhagies dues à l'insertion vicieuse du placenta ne se produisent qu'après le sixième mois de la grossesse.

Dans ce cas, l'avortement me paraît devoir être rattaché à l'insertion vicieuse du placenta. On pourra m'objecter que la syphilis pourrait au moins être soupçonnée chez cette femme qui a fait quatre avortements antérieurs sans cause nettement déterminée. A cela je répondrai que cette femme ne présente aucun stigmate de syphilis, que le placenta est parfaitement normal, que le fœtus, enfin, s'il n'est pas né vivant, ne portait aucune trace de macération et que sa mort est suffisamment expliquée par les hémorrhagies considérables qui se sont produites au moment de l'avortement. Cette fausse couche me semble donc devoir rentrer dans la catégorie des avortements que Barnes, Ritgen et Pinard considèrent comme causés par une insertion vicieuse du placenta.

Il me reste à dire quelques mots des difficultés auxquelles je me suis heurté pour faire le diagnostic.

Deux faits m'avaient particulièrement frappé lors de l'examen de cette femme : 1° Son mauvais état général hors de proportion avec l'abondance de ses hémorrhagies ; 2° le développement excessif de l'utérus et son accroissement rapide relativement à l'âge de la grossesse. Alors, en effet, que la grossesse dépassait à peine trois mois, le fond de l'utérus se trouvait à 14 centimètres au-dessus du pubis. La grossesse n'étant pas encore de trois mois et demi, la hauteur de l'utérus atteignait 18 centimètres. Or, si on se

(1) Communication à la *Société de Médecine du Nord.*

reporte aux constatations faites par Pinard, et indiquées dans son *Traité du palper abdominal*, on voit que, à trois mois accomplis, la hauteur de l'utérus varie de 8 à 11 centimètres et, à quatre mois, de 13 à 17 centimètres.

La coïncidence des hémorrhagies avec un développement exagéré de l'utérus est considéré, d'une façon générale, comme un signe important de présomption de grossesse molaire. Dans le cas actuel nous n'en pouvions avoir d'autre, car l'âge de la grossesse ne nous permettait aucune constatation en ce qui concernait le fœtus, trop peu développé encore pour que l'auscultation nous fît entendre ses pulsations cardiaques ou que le palper nous permît de le percevoir.

Ce mauvais état général et ce volume excessif de l'utérus avaient attiré mon attention sur la possibilité d'une grossesse molaire.

Dans ces conditions, j'avais pris le parti de faire un examen plus approfondi et de pratiquer le toucher intra-utérin. Il était, en effet, de la plus grande utilité d'avoir un diagnostic précis. S'il existait une grossesse molaire, l'indication était de vider l'utérus et il y avait grand intérêt à le vider le plus tôt possible.

Il est vrai que le toucher intra-utérin, au cas où la môle soupçonnée n'existerait pas, risquait fort de déterminer un avortement. Mais, en l'espèce, la crainte de cet accident me préoccupait peu car j'étais très persuadé, devant la fréquence des hémorrhagies, que la grossesse serait interrompue bien avant le terme.

C'est ce que j'avais expliqué à cette femme, après son hémorrhagie du 12 juillet et nous avions fixé le 15 juillet pour procéder à cette exploration.

L'événement devança l'exécution de ce projet, montrant, en tout cas, que le toucher utérin, seul capable d'éclairer complètement le diagnostic, n'eût certainement rien ajouté aux risques que courait la grossesse.

L'histoire de ce cas montre combien peuvent être grandes, parfois, les difficultés du diagnostic étiologique des hémorrhagies des premiers mois de la grossesse. C'est, en grande partie, pour cette raison que je l'ai rapporté.

Variétés & Anecdotes

La Médecine en Russie.

Dans le courant de l'année 1900, une des principales revues de Saint-Pétersbourg, le *Mirr Bogyi*, commençait la publication d'une série d'articles intitulés : les *Mémoires d'un médecin*. Les articles étaient signés d'un nom inconnu, évidemment un pseudonyme : Docteur Veressaïef. Ils semblaient annoncer d'abord un simple roman sous forme d'autobiographie. Le héros y racontait ses études, son séjour à l'Université, ses débuts dans la carrière médicale. Mais dès le premier article le récit s'entremêlait d'affirmations qui émurent vivement le public, et firent dresser l'oreille aux médecins. L'auteur y soutenait par exemple que les études médicales, dans les hôpitaux, avaient pour conséquence de fatiguer les malades, de blesser cruellement la pudeur des femmes, en un mot de faire payer très cher aux pauvres les soins qui leur étaient donnés. Plus loin on assistait à des morts résultant d'une erreur de diagnostic, ou d'une opération maladroite. Et quand le héros devenait médecin à son tour, il constatait avec épouvante que tout ce qu'il avait appris ne lui servait de rien, qu'il ne savait ni reconnaître la nature d'une maladie, ni même appliquer les traitements les plus élémentaires ; il constatait que l'enseignement de la médecine, tel qu'il est pratiqué aujourd'hui, est non seulement insuffisant, mais dangereux, en armant les jeunes médecins d'un pouvoir dont ils risquent fort d'user au détriment de leurs malades.

Mais ce fut bien autre chose encore lorsque parurent les articles suivants. Renonçant à la forme du récit, le mystérieux et terrible « docteur Veressaïef » abordait, l'un après l'autre, les plus graves problèmes moraux de sa profession. Il révélait au public stupéfait que les opérations, même les plus communes, aboutissaient souvent à des accidents mortels ; que les « nouveautés » médicales, même les plus en vogue, avaient de grandes chances d'être des poisons plus que des remèdes ; et que la médecine en général, sous sa forme actuelle, ne savait presque rien, du moins en tant que science positive. Le bon médecin, d'après l'auteur, n'était pas un savant, mais un artiste, un homme qui avait d'instinct la faculté de comprendre la nature de ses clients et de deviner le moyen de les soulager. Sans compter que, dans un chapitre plus inquiétant encore que les autres, l'auteur se complaisait à énumérer une centaine d'expériences faites par de fameux médecins sur leurs malades, expériences consistant, pour la plupart, à inoculer à ces malheureux de nouvelles maladies, sous prétexte de les guérir de celles qu'ils avaient.

Aussi n'aura-t-on pas de peine à se représenter l'émotion extraordinaire produite par ces audacieux *Mémoires d'un médecin* dans le public russe, et dans le monde médical en particulier. Celui-ci se partagea aussitôt en deux camps, dont l'un accusait le docteur Veressaïef de trahir imprudemment le secret professionnel, tandis que l'autre, au contraire, prenait hardiment sa défense et soutenait avec lui qu'il y avait intérêt, pour le public, à ce que l'on fût fixé sur la véritable nature des pouvoirs de la médecine et de leurs limites. Quant au public, il se rua littéralement sur les *Mémoires d'un médecin*. Les éditions du livre s'enlevèrent au fur et à mesure qu'on les réimprimait : et, aujourdhui encore, les *Mémoires d'un médecin* sont peut-être le livre le plus lu de toute la littérature russe comtemporaine.

Le livre a été traduit en allemand, et l'Allemagne s'en est émue comme avait fait la Russie. Il a été traduit en français, et toutes les critiques qui en ont parlé se sont accordés à en

reconnaître l'extrême intérêt, provenant à la fois de la portée pratique de ses révélations, de leur agrément littéraire, et de l'incontestable autorité scientifique dont elles sont revêtues. Mais tout en approuvant ou en dénigrant la thèse, hardie et imprévue, du « docteur Veressaïef » lui-même. D'après les uns c'était un vieux professeur d'une université russe, d'après d'autres, un jeune savant qui, converti par les écrits moraux du comte Tolstoï, aurait renoncé à la médecine pour aller vivre à la campagne du travail de ses mains. J'avais lu moi aussi, ces diverses hypothèses dans les journaux russes, et je fus agréablement surpris, l'autre jour, de rencontrer à Paris un journaliste pétersbourgeois qui se trouvait être l'ami du mystérieux docteur Veressaïef. Voici en quelques mots, ce que j'ai pu apprendre de lui :

L'auteur des *Mémoires d'un médecin* s'appelle de son vrai nom, Vincent Szmidowicz. Il est né à Toula, en 1867, d'un père polonais et d'une mère russe. Il a donc aujourd'hui trente-cinq ans.

Son père était médecin, un médecin à l'ancienne mode, tout pénétré des doctrines vitalistes du commencement du dix-neuvième siècle, c'est-à-dire en somme, habitué à compter davantage sur la nature que sur la science pour la guérison des maladies. C'était en outre un homme d'une grande piété, d'une morale sévère, élevant ses enfants dans la crainte de Dieu ; et bien que son fils n'ait pas hérité de lui la ferveur religieuse, c'est certainement à lui qu'il doit cette constante préoccupation du point de vue moral, qui est un des traits les plus caractéristiques des *Mémoires d'un médecin*.

Après avoir achevé ses études latines au collège de Toula, le jeune Vincent entra à l'Université de Saint-Pétersbourg, pour y étudier non point la médecine, mais les sciences historiques. Il y passa quatre années, obtint un diplôme qui équivaut à peu près à notre licence ès lettres ; et ce n'est qu'ensuite, au moment où l'on s'attendait à le voir devenir professeur dans quelque gymnase, qu'il forma le projet de se consacrer à la médecine, comme avait fait son père. Il entra en 1888 à l'Université de Juriev, dans la section de médecine, et y resta six ans, jusqu'en 1894, où il obtint le grade de docteur. Par là s'explique que les études médicales aient fait naître chez lui les réflexions qu'il prête à son jeune héros. L'étudiant qu'il nous montre se passionnant pour les problèmes du métier médical, s'indignant du triste sort fait aux pauvres, découvrant partout les lacunes de la science et les injustices de l'état social cet étudiant était, en réalité, un jeune professeur de vingt-cinq ans, nourri d'histoire et de philosophie, et d'avance préparé à étudier la médecine en moraliste plus encore qu'en praticien.

Praticien, il le fut cependant au sortir de ses études, et il l'est encore. Il alla d'abord exercer la médecine à Toula, auprès de son père, qui doit être, sans doute, le vieux médecin qu'il nous présente comme l'ayant guidé dans ses pénibles débuts. Puis, au bout de quelques mois, il revint à Saint-Pétersbourg, où il fut attaché pendant sept ans, en qualité de médecin-adjoint, à un grand hôpital créé spécialement pour les ouvriers. Il y serait encore si, au printemps de l'année passée, il n'avait signé, avec ses collègues, une protestation contre l'attitude de la police dans la mémorable manifestation de la Cathédrale de Kazan. Cette signature lui valut d'être dépossédé de son emploi, et de devoir quitter Saint-Pétersbourg. Il s'en est donc retourné à Toula, où il continue à pratiquer la médecine, et d'où il assiste le plus tranquillement du monde aux polémiques déchaînées par son livre dans toute la Russie.

Ses *Mémoires d'un médecin* ne sont pas d'ailleurs son début dans la littérature. Avant de les écrire, il avait publié un roman, la *Fin d'André Ivanovitch*, et un recueil de nouvelles dont quelques-unes touchaient déjà à des problèmes de morale médicale.

J'ai demandé, en terminant, à l'ami du docteur Veressaïef, quelle avait été au juste l'intention qui avait inspiré son ami. Avait-il vraiment, comme il le déclare dans sa préface, cru rendre service à la médecine en éclairant le public sur sa véritable portée ? Ou bien devions-nous voir chez lui un cas, plus ou moins conscient, de ce nihilisme intellectuel qui porte bon nombre de ses compatriotes à ne découvrir partout que laideur et vanité ?

— Je vous assure bien qu'il n'y a pas l'ombre d'un tel « nihilisme » dans les intentions de Szmidowicz, — me répondit son ami. — C'est le plus sérieusement du monde qu'il a voulu travailler, dans la mesure de ses forces, au progrès de la médecine, aimant celle-ci de toute son âme, et croyant en elle, je vous assure, beaucoup plus qu'on ne serait d'abord tenté de le supposer. Mais comme nous tous, il a subi l'effet de la prédication morale du comte Tolstoï ; et il estime que, pour la médecine comme pour toutes les formes de la vie sociale, une franchise absolue est le premier des devoirs. Ce qu'il pensait des faiblesses de la médecine actuelle, il l'a dit, tel qu'il le pensait ; et vous ne devez pas oublier qu'il a dit aussi tout ce qu'il pensait de la grandeur de la médecine, du rôle bienfaisant qu'elle joue dès maintenant, mais qu'elle jouera davantage encore lorsque, sous la pression de l'opinion publique, elle aura achevé de comprendre ce qu'elle peut et doit être. Les *Mémoires d'un médecin* ne sont pas un réquisitoire contre la médecine, ni une variation brillante sur le thème de l'universelle vanité : ils sont l'acte d'un honnête homme, qui, s'autorisant de sa science et de son expérience, nous invite à réfléchir avec lui sur des problèmes dont la solution, d'après lui, importe tous les jours davantage aussi bien à la dignité des médecins qu'à la vie et à la santé de ceux qu'ils soignent.

(*Journal de médecine de Paris*).

MOTS DE LA FIN

Votre fils, Madame, est atteint de pneumonie.
— Ah ! et d'où cela vient-il, docteur ?
— Du grec, Madame.

(*Marseille Médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Au Conseil général de l'**Association générale de Prévoyance et de Secours Mutuels des Médecins de France**, dans la séance du 19 juin 1902, la première partie de la séance a été consacrée à la question de l'intervention de l'Association générale auprès de la Commission sénatoriale, à propos des réformes proposées pour le baccalauréat et des dangers résultant de ces réformes au point de vue de l'encombrement de la profession médicale. Après une discussion, à laquelle ont pris part M. le président BROUARDEL, M. LEREBOULLET et M. REYNIER, le Conseil décide, sur la proposition de M. BROUARDEL, qu'une lettre de protestation, dont la rédaction est confiée à M. LEREBOULLET, sera adressée à M. le sénateur FABRE, et communiquée ensuite à l'un des grands journaux de la presse périodique.

M. le Secrétaire-général met le Conseil au courant de la persécution dont continue à être victime le Dr LEGRAIN (de Bougie) persécution qui présente tous les caractères d'un véritable chantage ; il propose au Conseil, qui accepte à l'unanimité, d'envoyer le dossier à Me DELIGAND, conseil judiciaire de l'Association, qui voudra bien faire savoir à M. le secrétaire général s'il y a moyen, pour l'Association, d'intervenir utilement en faveur du Dr LEGRAIN.

M. CORNIL aborde ensuite, devant le Conseil, la question du service militaire des étudiants en médecine. Après une discussion, à laquelle prennent part MM. BROUARDEL, LEREBOULLET, CORNIL, DIEU, CRÉQUY, FOUCAULT, CHAUFFARD et LEPAGE, le Conseil confie à MM. CORNIL et DIEU la mission de rédiger un amendement destiné à être présenté à la Commission sénatoriale, amendement en vertu duquel les étudiants en médecine pourraient, à leur choix, ou bien faire, au début de leurs études, leurs deux ans de service comme soldats, ou bien, attendre la fin de leurs études pour faire leurs deux ans en qualité de sous-major.

Sur la proposition de M. le trésorier BLACHE, le Conseil vote les subventions suivantes : 300 francs à la Société de Constantine, 200 francs à celle d'Oran, 200 francs à celle de la Gironde, et 200 à celle de Loir-et-Cher. Il décide ensuite que les 30.000 francs provenant de la vente du pré de Refuge (legs MARJOLIN) seront consacrés à l'achat de 64 obligations de chemins de fer et que ces titres seront affectés à la Caisse des Veuves et Orphelins.

— Au Conseil général de l'**Association générale de Prévoyance et de Secours Mutuels des Médecins de France**, dans la séance du 17 juillet 1902, M. LEREBOULLET, secrétaire-général, informe le Conseil qu'il a écrit à M. le sénateur FABRE dans le sens convenu, — que sa lettre a été lue au Sénat lors de la discussion et appuyée par M. CORNIL ; mais que, malgré tous les efforts de M. FABRE, le Sénat a donné raison au Ministre de l'Instruction publique. Tous les baccalauréats sont donc mis sur le même rang, au point de vue de l'entrée dans la carrière médicale.

M. le Secrétaire-général apprend ensuite au Conseil, à propos de la question du service militaire des étudiants en médecine, que le Sénat a voté la suppression de toutes les dispenses. Mais il annonce que MM. CORNIL et DIEU se sont mis d'accord pour la rédaction d'un amendement qui sera présenté en seconde lecture, à l'effet de faire obtenir, aux étudiants en médecine, un sursis, à défaut de la dispense qui leur est refusée.

M. LEREBOULLET fait part à ses collègues du résultat des poursuites engagées à l'instigation de la Société de Loir-et-Cher, contre le S. M..., prêtre interdit, qui pratiquait ouvertement l'exercice illégal de la médecine. Cet individu a été condamné à un mois de prison, cinq cents francs d'amende et cinq cents francs de dommages-intérêts envers le Syndicat. Avis sera donné de cette décision judiciaire à M. le Doyen de la Faculté de médecine de Paris, afin qu'il puisse mettre opposition à la continuation des études médicales du condamné.

Le Conseil aborde ensuite la discussion de la question soulevée par M. LEPAGE, au sujet de l'admission des internes dans l'Association. MM. LIOUVILLE, LEPAGE, LEREBOULLET et BUCQUOY prennent successivement la parole, et il est reconnu que cette admission n'est possible qu'à la condition d'apporter aux statuts une modification qui paraît, d'ailleurs, ne devoir entraîner aucune difficulté.

M. le Trésorier demande l'avis du Conseil sur ce qu'il doit faire des rentes 3 1/2 %, possédées par l'Association, et l'opinion unanime du Conseil est qu'il faut accepter la conversion en 3 %.

Sur la proposition de M. BLACHE, une subvention de 300 fr. est accordée à la Société d'Alais, une de 200 fr. à celle de la Nièvre, et une de 150 fr. à celle de l'Aube.

M. le Secrétaire-général rappelle au Conseil que l'annuaire est terminé, et que, à partir d'octobre ou de novembre prochain, il sera remplacé par un bulletin bi-mensuel, sans annonces commerciales.

Le Conseil s'ajourne ensuite au 3me jeudi d'octobre.

— Dans sa session de Toulouse (avril 1902), le **Congrès français de médecine interne** a décidé qu'à l'avenir les sessions se tiendaient alternativement à Paris et en province et seraient présidées par un président local.

M. le professeur JACCOUD, qui avait été désigné à Toulouse pour présider la session qui aura lieu à Paris en 1904, ayant décliné l'offre qui lui était faite, le Comité permanent du Congrès a procédé à l'élection d'un nouveau président.

Le bureau est définitivement constitué de la façon suivante :

Président : M. CORNIL ; Vice-Présidents : MM. HENROT (de Reims) et BRISSAUD ; Trésorier : M. PIERRE MERKLEN ; Secrétaire général : M. GILBERT-BALLET ; Secrétaire général adjoint : M. HENRIQUEZ.

— Le **Congrès international d'Otologie** se tiendra à **Bordeaux en 1904** et non en 1902, époque primitivement fixée.

La date de ce Congrès a été reculée à cause de la réunion de Madrid qui aura lieu l'année prochaine.

Notre Carnet

Le 6 août a été célébré, à Billy-Montigny (Pas-de-Calais), le mariage de M. le docteur J. LECAT avec Mademoiselle LOUISE LOURTIES. Nous adressons aux jeunes époux nos meilleurs souhaits de bonheur.

ÉCOLES DE MÉDECINE

Alger. — M. le docteur SOULIÉ, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est nommé professeur de pathologie générale, de microbiologie et de parasitologie.

Angers. — M. le docteur MOTAIS est nommé professeur de clinique ophtalmologique.

— M. le docteur SARAZIN, chargé de cours, est nommé professeur de physique.

Rennes. — M. le docteur LE DAMANY, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur d'hygiène et de médecine légale.

— M. TH. A. BONDOUY, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale.

Tours. — M. le docteur PARISOT, chargé de cours, est nommé professeur d'histologie.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur DELTOMBE, de Flines-lez-Raches (Nord). Nous adressons à sa famille, plus particulièrement au docteur DRANSART, son gendre, l'expression sincère de nos bien vives condoléances.

OUVRAGES REÇUS

— **A propos des risques pathologiques du mariage, des hérédités morbides et d'un examen médical avant le mariage,** par le docteur Henry CAZALIS, Bruxelles, *Van de Weghe*, 1902.

— **De l'augmentation de la perméabilité rénale par la cure de Royat,** par le docteur LAUSSEDAT, Paris, *Nouvelle imprimerie*, 1902.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

32e SEMAINE, DU 3 AU 9 AOUT 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	5
3 mois à un an	9	5
1 an à 2 ans	7	2
2 à 5 ans	4	3
5 à 10 ans	»	2
10 à 20 ans	1	2
20 à 40 ans	6	8
40 à 60 ans	8	5
60 à 80 ans	8	6
80 ans et au-dessus	3	1
Total	52	39

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	10	12	18	18	11	20	8	5	13	1	4	112
TOTAL des DÉCÈS	11	10	5	24	6	8	5	4	10	1	7	91
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: Autres causes de décès	2	4	2	6	2	2	2	1	3	»	1	25
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	1	»	1	»	»	»	1	»	»	2
Accident	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Méningite tuberculeuse	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2
Phtisie pulmonaire	4	2	»	2	1	1	»	»	2	»	1	13
Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	2	1	1	5	»	1	2	2	2	1	3	20
Maladies organiques du cœur	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	2
Bronchite et pneumonie	»	1	»	»	»	2	»	»	1	»	1	5
Apoplexie cérébrale	1	»	2	2	»	»	»	1	»	»	»	6
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2
Variole	1	1	»	7	1	1	1	»	»	»	»	12

N° 293. Sixième Année N° 34 Le Numéro : 10 centimes. 24 Août 1902

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Deux cas de tumeurs thyroïdiennes de la base de la langue

Par MM. les docteurs **Gaudier,** professeur-agrégé, et **Chevalier**

OBSERVATION I. — Le 22 août 1900, se présentait à la consultation une jeune fille de vingt-et-un ans, de bonne santé apparente, atteinte de troubles de la déglutition et de la phonation. Ce n'est pas de dysphagie qu'elle se plaignait, mais d'une certaine difficulté pour avaler les bouchées un peu grosses.

La voix possédait le timbre nasal, jamais très sonore, souvent rauque ou sourde. La malade rattachait tous ces troubles à la présence sur la langue d'une tumeur qu'elle portait depuis bientôt cinq ans, et dont elle avait été opérée il y a deux ans à Paris. L'opération avait, paraît-il, consisté en le morcellement de la tumeur, suivi de cautérisations. Elle avait été soulagée pendant plus d'un an et demi, mais le retour des accidents la força à rentrer à l'hôpital.

A l'examen de la bouche et de la base de la langue au moyen du miroir laryngien, on aperçoit facilement, en arrière du V lingual, une tumeur arrondie médiane, du volume d'une grosse noix et refoulant un peu l'épiglotte. Cette tumeur est recouverte d'une muqueuse d'apparence normale, et un fin lacis de vaisseaux variqueux lui forme une couronne. A la palpation, la consistance en est rénitente, presque molle : la muqueuse de la langue paraît glisser dessus facilement, mais la tumeur est adhérente profondément dans la masse charnue des muscles de la langue. Le reste de la bouche est normal, pas de grosses amygdales, pas d'hypertrophie du tissu lymphatique du pharynx buccal. Le larynx est intact, sans lésion des cordes vocales, qui fonctionnent bien.

Du côté du cou, on ne constate aucune saillie correspondant à la tumeur linguale. Par la palpation profonde de la région sushyoïdienne, on perçoit difficilement le relief de la masse, et le toucher buccal combiné ne donne pas d'indications précises sur le volume et les adhérences possibles. Le corps thyroïde est petit, il n'y a pas de ganglions sous-maxillaires ou cervicaux. La santé générale est bonne, tout au plus peut-on noter un certain degré de nervosité coïncidant avec une légère exophtalmie, mais sans palpitations, sans les troubles particuliers que l'on rencontre même dans les formes frustes de la maladie de Badesow. Il n'y a pas de fièvre, le cœur et les poumons sont sains. La numération des globules a été faite, ainsi que l'analyse des urines et n'a rien montré d'anormal.

Le diagnostic n'était pas précisément facile : tumeur maligne ou tumeur bénigne, tumeur solide ou liquide? On pouvait penser à une tumeur bénigne de préférence à une maligne, car l'évolution avait été très lente et il y avait absence d'adénopathie, de douleurs et de troubles généraux. La tumeur, il est vrai, est peu ou pas mobile ; mais, dans la langue, il est très difficile de préciser le degré de mobilité d'une tumeur, car le muscle, en se contractant, bride la masse et l'immobilise.

Tumeur bénigne, mais laquelle ? Les *kystes* occupent ce siège à la base de la langue, mais ils sont, en général, plus mous et présentent de la fluctuation manifeste. La coloration superficielle est aussi différente : car le kyste, étant souvent sous-muqueux, laisse percevoir à travers la transparence de cette mince

enveloppe, son aspect clair ou jaunâtre, surtout s'il s'agit d'un dermoïde. Le *lipome* de la langue est ordinairement mou et présente tous les caractères d'une tumeur kystique, la fluctuation paraissant quelquefois évidente. Mais, aussi, il n'occupe pas souvent la base de la langue, et de préférence il siège à la partie moyenne ou à la pointe. Le *fibrome* pur ou associé aux tissus graisseux, cartilagineux, osseux, est très rare dans la langue et surtout décrit chez l'homme. Cette tumeur tend aussi à se pédiculiser assez vite et prend l'aspect polypoïde.

L'*hypertrophie de l'amygdale linguale* est assez fréquente, et, au premier abord, on pourrait croire à une tumeur ; mais, en réalité, il s'agit d'une tuméfaction superficielle, qui ne forme pas tumeur dans la profondeur. Les *angiomes* sont communs à la base de la langue, mais leur coloration violette ou noirâtre, leur mollesse, leur réductibilité, leur consistance au toucher sont caractéristiques. La *gomme syphilitique* évolue d'une manière différente, elle se ramollit vite, elle est rarement unique, les commémoratifs et la présence d'autres accidents spécifiques font faire, même en dehors du traitement, le diagnostic. Le diagnostic est surtout à faire entre la gomme ulcérée et le cancer.

Les tumeurs *congénitales* de la langue sont très rares et présentent des caractères très variables, qui simulent tantôt un kyste, tantôt une tumeur solide ; mais leur évolution les range plutôt dans la catégorie des tumeurs bénignes. Le diagnostic exact se fait en général à l'examen microscopique.

Le nôtre, dans ce cas, avait été *lipome* ou *liposarcome*.

Opération le 3 septembre 1900. — Cette intervention tout entière a été pratiquée par la voix buccale. Anesthésie au chloroforme dans la position de Rose. La bouche est largement maintenue grande ouverte au moyen de l'ouvre-bouche de Doyen, et un fil de soie passé dans la langue permet d'exercer des tractions sur cet organe et d'attirer la tumeur le plus en avant possible. On peut ainsi arriver à en voir très nettement les limites, et, comme premier temps opératoire, au moyen d'une grande aiguille de Hachedorn très courbe, on passe sous la masse et en plein tissu lingual, aussi loin que possible de ses limites, un fort fil de soie plate, qui après l'ablation de la tumeur permettra de faire une hémostase soignée en rapprochant rapidement les lèvres de la plaie. De plus, ce fil servira aussi, pendant l'opération, à tirer sur la langue. Incision sur le sommet de la tumeur et parallèlement à son grand axe. Il est impossible d'arriver sur un plan de clivage, et, devant cette adhérence intime de la muqueuse et de la muqueuse sous-jacente, on pratique l'ablation de la tumeur en taillant en pleine langue au moyen d'une incision ovalaire et en passant en dehors de la tumeur. Ce temps est fort facilité par la soie postérieure, qui permet d'exercer une traction énergique hémostatique. La tumeur enlevée, les deux lèvres de la plaie linguale sont rapprochées facilement, grâce au fil de soie dont on noue solidement les deux chefs. Trois autres points de suture à la soie fine et superficiels ferment complètement la plaie. L'opération a duré en tout une demi-heure et l'écoulement du sang a été peu considérable. Soin de la bouche, gargarismes répétés à l'eau chloratée, attouchements à l'eau oxygénée, tel a été le traitement ultérieur. Les suites, d'ailleurs, ont été des plus simples, les fils ont été enlevés au huitième jour, et deux d'entre eux avaient déjà coupé les tissus.

La malade a été revue au bout d'un an, et il n'y avait aucune trace de récidive. La région était souple et on ne sentait aucun noyau profond. La déglutition et la voix étaient redevenues normales.

Examen de la pièce enlevée. — Les fragments de la tumeur ont été remis en presque totalité au professeur Curtis, qui a bien voulu en pratiquer l'examen anatomo-pathologique.

Le fragment qui nous a été remis ne présentait que de faibles dimensions.

Déjà, à l'œil nu, on reconnaît, à la surface de la coupe, un aspect spongieux particulier, qui rappelle celui d'un tissu formé de cavités et de trabécules intermédiaires.

Sur une coupe faite perpendiculairement à la surface de la muqueuse linguale et intéressant toute la largeur du fragment, on reconnaît à un faible grossissement les détails suivants :

Le revêtement épithélial de la langue au niveau du néoplasme présente une diminution d'épaisseur notable. Il se réduit à 60, à 70 μ, et se limite au contact des tissus sous-jacents par un bord tout à fait rectiligne en certains points, à peine sinueux en d'autres, par suite de l'atrophie et de l'aplatissement des papilles dermiques.

La surface épithéliale est recouverte d'une couche cornée très irrégulière, qui tantôt manque complètement, tantôt s'hypertrophie et constitue plus de la moitié de l'épaisseur totale de l'épithélium.

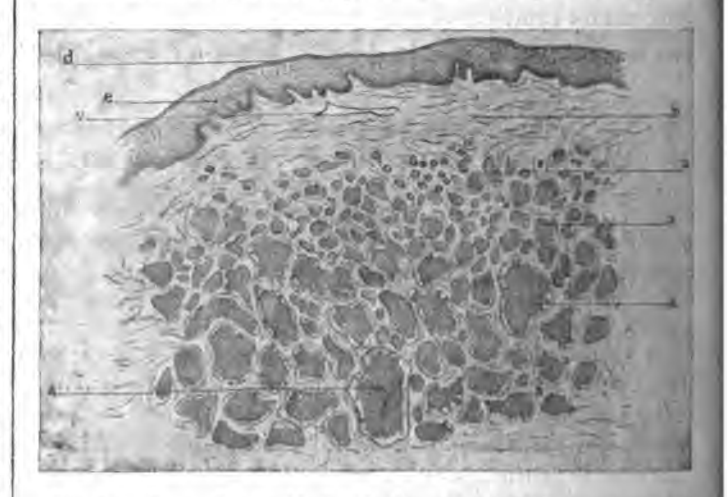


Fig. 1. — Coupe d'ensemble du néoplasme à un faible grossissement.

Tout à fait sur les bords de la coupe, là où les tissus pathologiques se continuent avec les régions saines, on voit la couche épithéliale reprendre une épaisseur considérable jusqu'à 300 μ, en même temps que les papilles dermiques s'hypertrophient.

Immédiatement sous l'épithélium existe une couche de tissu conjonctif formé de faisceaux de fibres lami-

neuses fines, à trajet parallèle à la surface épithéliale, légèrement ondulées.

Cette couche, au niveau du centre de la tumeur, ne dépasse pas 0mm3, de sorte que l'on peut dire que le tissu néoplasique que nous allons rencontrer plus profondément affleure presque à la surface muqueuse. Sur les bords de la coupe, vers les régions saines, cette couche conjonctive devient beaucoup plus épaisse.

On trouve dans cette couche conjonctive, répondant au derme de la muqueuse :

a) Des vaisseaux sanguins. Les uns capillaires, encore gorgés de sang ; d'autres à paroi musculaire vides, et parfois atteints d'une légère hypertrophie de la musculaire.

b) Des fentes lymphatiques, par places ectasiées ; surtout sur les bords de la coupe au niveau de la transition avec les parties saines.

c) Quelques points d'infiltration leucocytaire, surtout au voisinage de l'épithélium.

Ce qui frappe surtout, c'est que dans toute l'étendue de *la coupe il n'existe aucune trace de fibres musculaires*, de sorte que, sans être prévenu, il serait impossible de reconnaître que l'on a sous les yeux un fragment de la langue.

d) On trouve sur les bords de la coupe à droite et à gauche, dans la couche conjonctive, qui s'épaissit à ce niveau, des petits groupes *de glandes muqueuses* acino-tubuleuses, pourvues d'un épithélium formé de grosses cellules muqueuses claires et prenant fortement l'hématoxyline.

En quelques points, ces glandes présentent de la sclérose inter-acinique très nette, en même temps que leurs cellules paraissent nécrobiosées (noyau non colorable, plus de coloration du mucus par l'hématoxyline, cellules transformées en petits blocs incolorables).

Nous arrivons maintenant à la masse néoplasique proprement dite.

De la couche conjonctive que nous venons de décrire se détachent vers la profondeur des travées qui s'enfoncent dans le tissu néoplasique et le cloisonnent de toutes parts, limitant une infinité de vésicules de toutes dimensions, dont l'ensemble constitue la masse même de la tumeur. Celle-ci est donc essentiellement formée de vésicules closes séparées les unes des autres par des lames conjonctives émanées du derme de la muqueuse. Parmi ces vésicules, les plus grandes, atteignant 1 millimètre à 0mm7, sont donc visibles à l'œil. Les plus petites ne dépassent pas 10 à 14 μ.

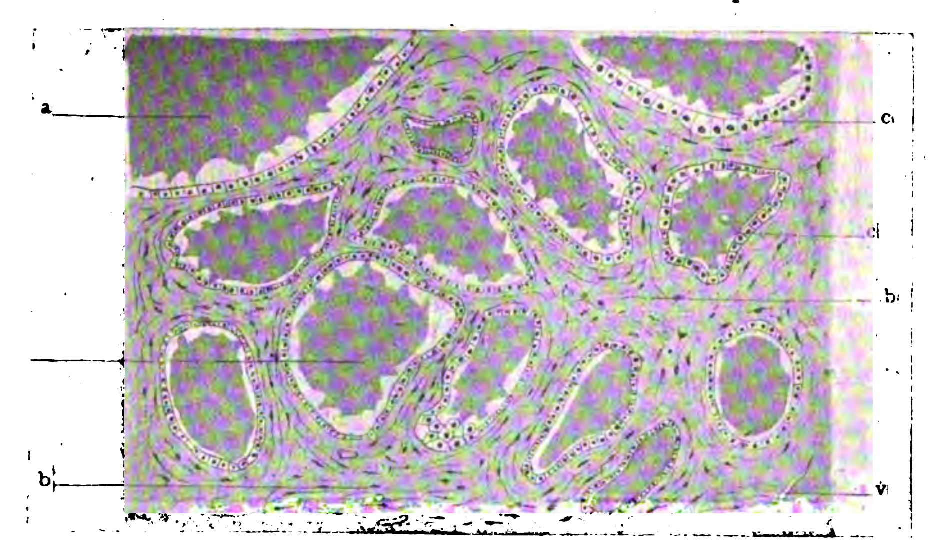


Fig. 2. — Coupe d'une partie du néoplasme à un fort grossissement montrant la structure thyroïdienne typique

EXPLICATION DES LETTRES DES FIGURES. — *e*. Épithélium de la muqueuse buccale ; *b*, Derme conjonctif de la muqueuse et travées conjonctives interstitielles du néoplasme ; *d*, Couche cornée de l'épithélium ; *v*. Vaisseau du derme ; *a*, Vésicules closes à contenu colloïde et substance colloïde remplissant les vésicules qui forment la masse du néoplasme ; *c*, Petit épithélium cubique qui tapisse les vésicules closes.

Il existe une certaine régularité dans la topographie de toutes ces vésicules closes. Les plus grandes abondent vers le centre et les couches profondes, les plus petites forment comme une ceinture de petits îlots à la périphérie de la tumeur. Quelques-unes même s'égarent jusqu'au voisinage le plus proche de l'épithélium. Il est certain que la section chirurgicale a porté en pleine masse néoplasique, dont une grande partie a dû certainement rester en place.

Dans les travées conjonctives inter-vésiculaires il n'y a rien à signaler qu'une abondance assez grande de vaisseaux.

Dans les vésicules mêmes on trouve :

a) Des masses homogènes légèrement rétractées par l'alcool, remplissant complètement les vésicules. Ces masses ont tous les caractères optiques et chimiques du véritable colloïde thyroïdien.

b) Un revêtement épithélial continu formé de petites cellules cubiques ou légèrement cylindriques.

c) Sur certaines vésicules on voit les vestiges de la paroi propre, mais en général celle-ci n'apparaît pas et dans la plupart des vésicules l'épithélium semble siéger directement sur la travée conjonctive limitante.

En somme, on a sous les yeux une véritable coupe de corps thyroïde, qui ne diffère d'une coupe de corps thyroïde normal que par sa situation absolument aberrante au milieu du derme de la muqueusse linguale.

A un faible grossissement, on constate que le revêtement épithélial présente une diminution d'épaisseur notable ; il est réduit à 70 μ., et se trouve limité par un bord rectiligne sans trace aucune d'élévations papillaires. A la surface existe une couche cornée se colorant en jaune et orange par l'acide picrique. Cette couche n'est pas continue et n'est pas régulière. En certains points elle est très épaisse, représente plus de la moitié de ce revêtement, puis redevient mince et manque totalement ailleurs. Sur les parties latérales on peut voir les papilles reparaître, mais elles sont larges, peu élevées, comme aplaties par l'expansion du néoplasme sous-jacent.

Tout à fait sur les bords, on voit les papilles reprendre une hauteur considérable et le revêtement épithélial prendre une épaisseur très grande, 280 à 300 μ, et même plus. Cet épithélium a alors une couche cornée régulière,

Immédiatement sous l'épithélium existe une couche de tissu conjonctif formé de faisceaux de fibres lamineuses fines à trajet parallèle à la surface légèrement ondulées. Cette couche, au point culminant de la tumeur, ne dépasse pas 300 μ, de sorte que l'on peut dire que cette paroi néoplasique affleure presque à la surface muqueuse.

Sur les côtés de la masse néoplasique, la couche conjonctive devient plus épaisse.

On trouve dans cette couche :

1° Des vaisseaux sanguins, les uns capillaires, gorgés de sang, d'autres à paroi musculaire, petites artérioles, parfois à parois assez épaisses ;

2° Des fissures lymphatiques ;

3° Quelques points d'infiltration leucocytaire, surtout au voisinage immédiat de l'épithélium. Ce qui frappe, c'est que dans toute cette région, il n'existe aucune trace de *fibres musculaires,* même sur les parties tout à fait latérales ; là où les tissus pathologiques devaient se continuer avec les parties intactes on ne trouve rien qui rappelle le tissu musculaire de la langue ;

4° On trouve sur les bords de la coupe, à droite et à gauche, dans la couche conjonctive qui, en ce point, paraît presque fibreuse, des glandes muqueuses, petites glandes en grappe et lobulées, avec grosses cellules polyédriques *claires* à noyau basilaire, se colorant *bien par hématoxyline*. Ces glandes sont par places *sclérosées.*

De la couche conjonctive se détachent des travées qui s'enfoncent dans la *masse néoplasique* et la cloisonnent. Ces cloisons limitent une infinité de vésicules thyroïdiennes typiques.

Les plus grandes vésicules atteignent 50 × 14 μ à 1000 μ. Les plus petites vésicules ont 10 à 14 μ.

Ces vésicules sont disposées, les plus petites par groupes, surtout à la *périphérie* et surtout sur la *muqueuse* ; d'autre part, au niveau des confluents principaux des grandes travées conjonctives.

Epithélium cylindrique, cubique (5 μ de haut sur 2,5 à 3 de large), et même lamelleux sur les plus grands.

Noyau peu coloré.

En certains points, les vésicules sont presque *adossées.*

Observation II. — Le 13 mai 1902, une jeune fille de vingt ans vient consulter le professeur Gaudier, pour des troubles de la phonation. Voici son histoire antérieure :

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels, excellente santé, vie au grand air.

A l'âge de dix-sept ans, c'est-à-dire il y a trois ans, la malade s'aperçut que sa voix changeait de timbre, devenant sourde, légèrement nasonnée. Elle vit alors un spécialiste qui lui cautérisa énergiquement les cornets à plusieurs reprises. Rien ne changea et l'état resta stationnaire jusqu'au milieu de l'année 1901, où la malade commença à éprouver :

1° des envies de déglutir à vide presque continuelles ;

2° des troubles de la respiration, surtout la nuit.

Nouvelle visite au spécialiste. Nouvelles cautérisations nasales, sans examen de la bouche, ni du larynx, les troubles de la respiration sont tous attribués à de la sténose nasale.

A l'examen du 13 mai on constate :

a) que les narines sont libres et le cavum intact ;

b) qu'à l'examen de la bouche, soit en déprimant la langue, soit en se servant du miroir laryngien, il existe tout à la base de la langue, refoulant et masquant l'épiglotte, une tumeur médiane du volume d'une grosse chataîgne.

Cette tumeur est recouverte de la muqueuse linguale intacte et ne présente ni hypertrophie des papilles, ni hypertrophie de l'amygdale linguale. Il existe un pourtour et à la surface un riche lacis de vaisseaux variqueux. A la palpation uni ou bi-digitale on constate *que la tumeur n'est pas mobile* et qu'elle présente une consistance élastique, mais point une ombre de fluctuation. A la palpation combinée, buccale et sous-hyoïdienne, on peut arriver à percevoir la masse en dessous de la mâchoire.

Excellent état général, pas d'adénopathie, pas de dysphagie. La tumeur paraît cependant grossir depuis un an. Au dire de la malade elle augmente de volume pendant les époques menstruelles.

Instruits par l'expérience, nous fîmes de suite le diagnostic de goître lingual et l'opération fut décidée, surtout à cause des phénomènes de gêne respiratoire.

Opération le 17 mai. — La voie qu'on décida de prendre était la voie transhyoïdienne étant donnée *l'étroitesse de la bouche* et la difficulté d'attirer la langue en dehors, tant celle-ci *était courte et charnue.* De plus, la tumeur était *par trop postérieure.*

Anesthésie chloroformique dans la position de Rose Incision sur la ligne médiane, allant de la symphyse mentonnière jusqu'au dessous de l'os hyoïde. Section du tissu cellulaire et du peaucier.

Dénudation soignée de l'os hyoïde sur la ligne médiane et section de l'os aux forts ciseaux.

Ecartement des deux fragments de l'os hyoïde et section sur la ligne médiane du mylo-hyoïdien et des génio-glosses.

A ce moment, l'aide au chloroforme introduit le doigt dans la bouche, et déprimant la tumeur, la fait saillir dans le fond de la plaie linguale.

La tumeur est alors saisie dans une pince de Museux et disséquée assez facilement jusqu'au voisinage de la muqueuse linguale où elle adhère par un gros pédicule que nous sectionnons d'un coup de ciseaux, tout en y laissant adhérer un petit fragment de la masse principale.

En effet, si nous n'avons pas fait l'ablation totale, c'est que, avant et au cours de l'opération, nous n'avions pas retrouvé au cou de thyroïde et dans l'hypothèse d'un goître lingual, comprenant la thyroïde en totalité, nous avons laissé un fragment de

cette glande, pour éviter les accidents possibles de myxœdème.

L'opération était terminée. Elle avait duré près d'une heure, surtout à cause du sommeil agité de la malade, qui en se contractant, faisait saigner la plaie opératoire plus que de raison. Il n'y eut aucune alerte du côté de la respiration.

Suture des plans musculaires au catgut, rapprochement des fragments hyoïdiens au fil de soie, suture de la peau au crin de Florence ; étant donnée la grande cavité créée par l'abrasion au centre de la langue, un petit drain y fut laissé, sortant à la partie inférieure de la plaie.

Les suites furent des plus normales : sans élévation de température et sauf un peu de gêne à la déglutition pendant les premières quarante-huit heures.

Examen microscopique de la pièce. Pf. CURTIS. — La tumeur enlevée pèse 12 grammes. Elle a le volume d'une grosse noix.

A son pôle supérieur, se voit nettement le début du cordon épais comme un porte-plume et long de près d'un centimètre qui la reliait à la face profonde de la muqueuse linguale, au niveau du foramen cœcum.

Sur une coupe, la tumeur présente des points clairs se détachant sur un fond sombre, rappelant par son aspect le tissu sarcomateux.

La masse présente à la palpation une consistance élastique En totalité la pièce a été remise au professeur CURTIS, qui a bien voulu nous remettre la note suivante :

La pièce examinée est du volume d'une grosse noix et complètement encapsulée. Sur la coupe, le tissu est tout à fait mollasse, d'aspect sarcomateux, présentant des régions blanches et rouges qui alternent. On ne voit pas à l'œil un tissu d'aspect kystique, mais à la loupe on reconnaît de petites cavités.

Sur une coupe, on constate que la totalité de la tumeur est formée uniquement de vésicules arrondies et de tubes irréguliers plongés au milieu d'un stroma conjonctif.

Cette structure, dans son ensemble, rappelle en tous points les dispositions des glandes thyroïdes normales.

Nous aurons donc à examiner successivement :

1° L'élément glandulaire ;

2° La charpente conjonctive.

1° *Glande.* — L'élément glandulaire est représenté par des vésicules de formes variées, quelques-unes tout à fait rondes, d'autres lobulées, soit en cœur, soit en feuille de trèfle ou même de formes encore plus ramifiées.

Dans certaines régions, les vésicules s'allongent considérablement et se transforment en véritables tubes munis de diverticules plus ou moins nombreux. Le plus grand nombre des vésicules arrondies mesure environ 140 μ de diamètre. On en trouve toutefois de dimensions très variables. Elles peuvent se réduire à 28 ou 30 μ et atteindre en d'autres points jusqu'à 180 μ.

Les parties tubuleuses forment des boyaux parfois très longs, se terminant par un ou plusieurs renflements. Toutes ces vésicules sont revêtues d'un épithélium parfaitement conservé, épithélium formé d'un seul rang de cellules cylindriques, dont la hauteur varie de 15 à 12 μ. Ces cellules présentent, du côté de la lumière, un bord très net, et, en certains points même, comme un épaississement cuticulaire. Leur base repose sur une membrane limitante très mince, qui n'est point partout visible, et qui, sur les coupes colorées à l'hématoxyline au fer et au Bordeaux, se décèle comme un liseré d'une coloration rouge très foncé.

Dans le corps même des cellules, on voit sur des préparations colorées à l'Erlich-Biondi, des grains arrondis, les uns près du noyau, les autres tout à fait près de la lumière glandulaire. Ces grains arrondis mesurent environ 1 à 2 μ et se colorent fortement à la fuchsine acide, absolument comme la matière colloïde qui remplit le centre des vésicules.

En un mot, on assiste au mode de production intracellulaire de la substance colloïde. Celle-ci se trouve accumulée au centre des vésicules sous forme d'une masse hyaline, se colorant fortement par la fuchsine acide et rétractée sur ses bords par l'action des agents fixateurs.

Il faut noter qu'il existe une très grande irrégularité dans la répartition des masses colloïdes. Toutes les vésicules n'en renferment pas, on peut même dire que c'est le plus petit nombre qui paraisse encore se trouver en activité sécrétoire.

Beaucoup de ces cavités glandulaires et principalement les formes les plus allongées sont vides ou renferment au lieu de colloïdes, des amas de fibrine granuleuse. La présence de cette fibrine s'explique par l'examen d'une coupe d'ensemble : en certaines régions, on constate de véritables hémorrhagies intravésiculaires ; des globules sanguins et de la fibrine se trouve accumulés en un grand nombre de points dans les vésicules thyroïdiennes.

Mode de groupement des vésicules. — Les vésicules dans leur groupement présentent quelques variétés ; absolument contiguës en certains points, elles ne laissent entre elles que de minces travées de tissu conjonctif : on peut dire qu'elles sont là adossées les unes aux autres. Ailleurs elles s'éloignent et sont séparées par de larges travées. Il existe enfin des points dans lesquels les vésicules, très dilatées, ne sont plus munies que d'un petit épithélium aplati, presque lamellaire, et où elles forment par leur réunion un tissu aréolaire.

Stroma conjonctif. — Sur la structure du stroma nous pouvons être brefs. Il est formé de faisceaux de fibres lamineuses très serrées qui ont pris un aspect hyalin. Là où les faisceaux sont coupés transversalement, on reconnaît encore très bien les lignes polygonales irrégulières qui en limitent les contours, mais là où les faisceaux sont coupés suivant leur axe, leur structure fibrillaire a totalement disparu. De sorte que les vésicules thyroïdiennes semblent plonger dans un stroma presque amorphe où l'on trouve très peu de noyaux du tissu conjonctif. Des vaisseaux nombreux et de dimensions très variables parcourent en tous sens l'épaisseur même des travées conjonctives.

Les observations de tumeurs solides intra-linguales de nature thyroïdienne ne sont pas rares. Nous en avons recueilli vingt-deux cas authentiques. Leur histoire est d'ailleurs toute récente et à part un seul travail sur la question, la thèse d'ARMEILLA (1), les observations sont éparses.

Très rapidement, nous allons ici rappeler les données embryologiques indispensables à connaître pour comprendre le développement de la glande thyroïde.

On tend à considérer actuellement cette glande comme se développant *uniquement* aux dépens du *bourgeon médian et ventral naissant de l'épithélium bucco-pharyngien* en une région qui, par la suite, répondra au point d'union des trois rudiments de la langue, c'est-à-dire au foramen cœcum.

Par la suite, la glande subit un *mouvement de descente* et s'éloigne ainsi peu à peu du point où elle a pris naissance.

Au stade de 6 millimètres, elle n'est plus rattachée à l'épithélium bucco-pharyngien que par un long et grêle pédicule, le *cordon thyréo-glosse*, qui, normalement, disparaît dans les stades ultérieurs.

Dans certains cas, cependant, le cordon tout entier ou quelques-uns de ses restes, tantôt pleins, tantôt présentant une lumière plus ou moins étroite, persistent et constituent le *canal thyréo-glosse*. L'ouverture de ce conduit répond au foramen-cœcum.

Plus tard encore, l'ébauche thyroïdienne s'abaisse de plus en plus en avant de la trachée et prend la forme d'un croissant dont la concavité embrasse ce canal, puis elle se divise nettement en deux lobes réunis sur la ligne médiane par une partie étroite qui est l'isthme de la glande. Les lobes latéraux s'accroissent de plus en plus, de telle sorte que leurs extrémités supérieures remontent de chaque côté de la trachée jusqu'à la base du larynx.

Par suite d'accidents mal connus ce phénomène de la descente du corps thyroïde peut être entravé en partie ou en totalité. Dans le premier cas, quelques lobules de la glande ne suivent pas le mouvement de descente et d'incurvation de l'organe et restent isolés au voisinage de la muqueuse bucco-pharyngienne, leur point de départ. Dans le second cas, la glande entière reste sur place et au lieu de descendre, évolue autour du foramen cœcum, bien encapsulée et bientôt enfouie dans l'ébauche de la langue.

Au point de vue anatomique, la différence essentielle entre ces deux formes est la suivante : dans la *première*, la tumeur *adhère profondément à la muqueuse linguale, elle n'est pas encapsulée*. Elle est d'une dissection minutieuse, elle est plutôt *pharyngienne* que *linguale*, c'est-à-dire saillante dans la bouche, plutôt que dans la région sus-hyoïdienne ; dans la seconde, il existe une *capsule*, la tumeur est moins adhérente, dissection plus facile, plutôt *linguale que pharyngienne*.

Nous insistons encore sur la différence qui existe entre ces deux variétés : thyroïde *totale* ou thyroïde *partielle*, car au point de vue du traitement, il y a là un intérêt capital.

En effet, dans les cas où la tumeur linguale est la glande thyroïde entière, son ablation peut provoquer les mêmes *phénomènes cliniques qui accompagnent la thyroïdectomie totale*.

Au point de vue anatomo-pathologique, les tumeurs thyroïdiennes, évoluant à l'intérieur de la langue, se présentent sous deux aspects différents : dans le premier cas, la tumeur est encapsulée ; dans le second elle ne l'est point et plonge en plein dans les masses musculaires de la langue.

La tumeur *encapsulée* répond à la *thyroïde entière* arrêtée dans son évolution et dans sa descente, et comporte des indications tout à fait spéciales, que nous étudierons au chapitre réservé au traitement.

Quant à la tumeur *non capsulée*, elle représente un *fragment de la masse primitive*, qui isolé du corps principal de l'organe, s'est développé en plein tissu lingual Il n'y a point à proprement parler infiltration du tissu de la tumeur dans la masse linguale, mais il n'y a que quelques minces travées conjonctives qui isolent le néoplasme du tissu lingual.

Nous allons avoir à étudier successivement :

1° La glande et ses éléments sécrétants ;

2° La charpente conjonctive.

A. Les éléments glandulaires sont représentés par les vésicules closes. Il existe en général une certaine régularité dans leur répartition. Les plus grandes abondent vers les parties profondes de la tumeur, alors que les plus petites forment comme une ceinture de petits îlots à la périphérie.

Les formes de vésicules varient depuis la forme classique arrondie jusqu'aux formes les plus ramifiées (en cœur, en feuille de trèfle, etc.). Dans certaines régions, elles peuvent présenter des dilatations, des

(1) ARMEILLA. Le goître lingual. Th. Lyon, 1900.

allongements qui en font de véritables tubes glandulaires à diverticules nombreux.

On considérait, il y a quelques années encore, comme *anormales et pathologiques* ces formes tubulées et ramifiées que l'on rencontre dans le corps thyroïde. Beaucoup d'auteurs font de ces cas des adénomes, c'est-à-dire des tumeurs bénignes il est vrai, mais qui impliquent une conception pathologique.

Or (1), VIRCHOW, le premier, puis BOÉCHAT, ZEISS et plus récemment HITZIG, ont admis que les vésicules thyroïdiennes ne sont pas aussi indépendantes qu'on le disait, mais que leurs cavités pouvaient communiniquer largement les unes avec les autres. STREIFF a montré :

1° Que les vésicules thyroïdiennes ne sont pas toujours des sacs arrondis, sphériques ou ovoïdes. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des follicules tubuleux comme les acini des glandes en tube, avec cette différence cependant que dans le cas du corps thyroïde, les tubes sont fermés à leurs deux extrémités.

2° Que contrairement à l'opinion classique et d'accord avec celle de VIRCHOW, BOÉCHAT, ZEISS et HITZIG, les vésicules thyroïdiennes, quelles que soient leurs formes, présentent fréquemment des diverticules de dimensions plus ou moins considérables et communiquant largement avec la cavité principale.

Toutes les vésicules qu'on rencontre dans les tumeurs thyroïdiennes intra-linguales sont revêtues d'un épithélium à une seule rangée de cellules cylindriques ou cubiques dont la hauteur varie entre 5 μ et 15 μ.

La base de ces cellules épithéliales de revêtement repose sur une membrane basale limitante, très mince qui, sur des coupes colorées à l'hématoxyline et au rouge de Bordeaux, se décèle comme un liseré d'une coloration rouge très foncé.

Les noyaux sont nettement colorés à l'Erlich-Biondi et, en colorant à la fuchsine acide, on aperçoit des grains arrondis, mesurant 1 à 2 μ. Ces grains arrondis représentent soit des gouttelettes de substance colloïde, soit des grains acidophiles d'origine nucléaire. Les uns d'ailleurs sont situés près du noyau, les autres à la périphérie des cellules.

La matière colloïde est renfermée à l'intérieur des vésicules. La masse hyaline qui la représente se colore fortement par la fuchsine acide. La répartition de cette matière colloïde est très irrégulière.

Certains acini présentent au lieu de matière colloïde, des amas de fibrine granuleuse, de globules rouges et de leucocytes. Ce sont des restes d'hémorrhagies intra-vésiculaires, que l'on constate d'ailleurs en certaines régions.

B. De la couche conjonctive périphérique se détachent, vers la profondeur, des travées, s'enfonçant dans la tumeur et la cloisonnant dans tous les sens. Ces travées conjonctives limitent les vésicules thyroïdiennes. Le stroma conjonctif est formé de faisceaux de fibres lamineuses, serrées, qui ont pris un aspect hyalin.

Ce stroma conjonctif renferme les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Les renseignements incomplets fournis par un nombre très restreint d'observations ne permettent point des considérations étiologiques bien solides.

Nous nous contenterons de retenir deux faits saillants et qui paraissent bien établis à savoir : 1° l'influence du sexe, 2° l'apparition fréquente de la tumeur à la puberté.

Au sexe féminin, en effet, se rapportent 19 des cas signalés; 3 seulement (ceux de LUCKE, REINTJES, BENJAMINS) ont trait à des hommes.

C'est vers quinze ans et jusqu'à trente, qu'on rencontre le plus fréquemment notre variété de tumeur. Ces données étiologiques de sexe et d'âge ne diffèrent pas d'ailleurs de celles qui concernent le goître du cou.

La puberté joue donc un rôle dans le développement de ces tumeurs. Il faut probablement voir là un rapport, mystérieux encore, entre l'éveil des fonctions génitales et le complet développement des appareils glandulaires de l'économie.

Quant à l'évolution du néoplasme elle est très lente et sa présence peut être ignorée totalement de la malade.

Ce n'est généralement que plusieurs années après l'apparition d'une certaine gêne que les malades viennent trouver le médecin pour des troubles fonctionnels qui, insignifiants au début, ont augmenté d'une façon progressive.

La symptomatologie des tumeurs linguales thyroïdiennes est très banale.

La plupart des symptômes leur sont communs avec

(1) POIRIER. — *Traité d'anatomie humaine* : Art. thyroïde. — Paris, 1898.

toutes les tumeurs de la base de la langue et sont dus à *l'obstruction de l'isthme bucco-pharyngé*.

La symptomatologie est d'ailleurs très différente, suivant que l'on trouve une petite tumeur à la base de la langue, ne comprimant pas le larynx, ne faisant pas saillie dans la région sus-hyoïdienne, ou que l'on rencontre une masse volumineuse obstruant l'arrière-gorge, gênant la respiration, la déglutition, la phonation.

La première en date des sensations du malade est une sensation très diffuse de gêne à la base de la langue. Il semble qu'un corps étranger, une particule alimentaire soit restée dans le sillon glosso-épiglottique, le sentiment de gêne produit des envies continuelles de déglutir à vide et une petite toux pharyngée sèche. La mastication est quelque peu gênée, le malade ne peut plus avaler facilement les grosses bouchées. La salivation est souvent exagérée du fait de ces déglutitions incessantes.

Les troubles vocaux sont aussi très fréquents ; la voix perd sa sonorité, devient nasonnée comme si le malade était atteint de grenouillette. Les modifications de la voix sont d'ailleurs variables avec chaque malade et dépendent moins du volume de la tumeur que des dimensions de la caisse de résonnance formée par le pharynx et par la bouche.

Une tumeur volumineuse; refoulant l'épiglotte, obturant en partie l'orifice supérieur de la glotte va nous donner des troubles sérieux du côté de la respiration.

La dyspnée peut être très marquée dans certains cas et les crises asphyxiques qui surviennent de préférence la nuit causent beaucoup de tourment au malade.

Des quintes de toux fréquentes, lorsque par son contact la tumeur vient chatouiller l'épiglotte ou empêcher la sortie des mucosités accumulées dans l'arrière-gorge secouent péniblement le malade.

Des incidents intercurrents peuvent venir marquer l'évolution de la tumeur. Des hémorrhagies surviennent dans 1/3 des cas environ, sans cause apparente, sans quinte de toux ou effort de vomissement, parfois après la déglutition d'un volumineux fragment alimentaire qui aura éraillé le lacis variqueux superficiel de la tumeur.

L'examen direct de la bouche ne donne point beaucoup de renseignements. Il est nécessaire d'attirer assez énergiquement la langue au dehors ou de la déprimer fortement à l'aide de l'abaisse-langue si on veut apercevoir la masse en arrière du dôme formé par la partie centrale de la langue. L'examen au miroir laryngien nous donne des renseignements bien plus précis. On distingue alors nettement, à la base de la langue, une tumeur généralement régulière, rarement bilobée, indolente, recouverte le plus souvent d'un riche lacis variqueux.

Le volume de la tumeur est généralement celui d'une grosse noix. On l'a comparé aussi à celui d'une châtaigne ou d'une petite mandarine.

Par la palpation on constate que la masse n'est pas douloureuse à la pression, de consistance ferme et élastique. Parfois elle est légèrement molle et fluctuante en totalité ou en certains points seulement.

La palpation de la région sus-hyoïdienne médiane ou latérale donnera parfois l'impression au doigt d'une masse profondément située et dont le refoulement facile éloigne l'hypothèse d'une tumeur développée dans les parois superficielles du cou. Dans des cas plus rares, la région sus-hyoïdienne peut apparaître déformée et légèrement saillante.

Aucune trace d'adénopathie.

Les antécédents des malades, les renseignements qu'ils fournissent au médecin qui les interroge sur l'évolution et la date d'apparition de la tumeur linguale dont ils sont porteurs, l'absence d'ulcération, d'adénopathie, de douleurs irradiées, la marche extra-lente de l'affection permettent d'éliminer immédiatement l'idée d'une tumeur maligne. C'est donc avec les tumeurs bénignes de la langue que le diagnostic doit être fait et en particulier avec certaines variétés de kystes dont le siège est exactement celui des tumeurs que nous étudions.

Il s'agit de ce qu'on a appelé *les kystes du tractus thyréo-glosse* et qui, jusqu'à un certain point, présentent une origine thyroïdienne. Ces kystes ont été bien étudiés par Verchère et Denucé, Gebé, Buscarlet, Broca et enfin Martin dans sa thèse qui a résumé et exposé avec clarté l'état actuel de nos connaissances sur ces formations kystiques.

Au point de vue anatomo-pathologique, la paroi de ces kystes est résistante ; la surface interne, parfois lisse et unie, est ordinairement irrégulière, doublée d'un épithélium constitué par des cellules allongées présentant une petite extrémité tournée vers la paroi et une grosse en forme de plateau finement strié qui regarde la cavité du kyste et souvent pourvu de cils

vibratiles. Le liquide kystique est visqueux, filant, comparable à du blanc d'œuf.

Au point de vue symptomatologique, tout les rapproche des tumeurs solides thyroïdiennes : indolence, lente évolution, troubles de la parole et de la respiration. Aussi ne s'étonne-t-on pas que bon nombre aient passé inaperçues pendant la vie et soient des trouvailles d'autopsie.

Quand le kyste a atteint un certain volume, *celui d'une noix*, et qu'il est *devenu superficiel*, le diagnostic est facile, car *la fluctuation se constate* sans difficulté, mais si le kyste est profond, ce caractère peut manquer et dès lors toutes les erreurs sont possibles et ne peuvent être levées que par la ponction exploratrice.

Le diagnostic sera donc souvent hésitant entre tumeur linguale solide et tumeur kystique thyroïdienne.

Les kystes dermoïdes sont rares, le plus souvent antérieurs et adhérents au squelette (géniens ou hyoïdiens). Leur consistance est pâteuse. Postérieurs, il s'agit plutôt de tumeurs de la région sus hyoïdienne évoluant du côté de la langue.

Les autres kystes de la langue occupent soit un siège différent du nôtre (kystes salivaires) ou bien sont des trouvailles, des curiosités scientifiques (kystes parasitaires, lymphatiques) et nous ne nous en occuperons point.

Les *lipomes* sont excessivement rares, sans doute à cause de l'absence presque totale de tissu graisseux dans l'intérieur de la langue.

Ce sont des tumeurs molles, à croissance lente et silencieuse. La transparence jaunâtre du tissu adipeux est caractéristique,

Cette variété de tumeurs siège de préférence à la partie moyenne et à la pointe de l'organe, par suite de la migration de la masse néoplasique, continuellement chassée vers la pointe par les contractions des fibres musculaires.

Les *fibromes* ne sont point fréquents non plus. C'est surtout chez l'homme qu'on les a signalés, soit à l'état de pureté, soit associés aux tissus graisseux, cartilagineux ou osseux.

Ils tendent à se pédiculiser assez vite et prennent l'aspect polypoïde, ce qui en facilite bien singulièrement le diagnostic.

L'amygdale linguale hypertrophiée se rencontre assez couramment. Son siège à la base de la langue coïncide avec celui des tumeurs que nous étudions. Mais un simple examen au miroir montre vite qu'il s'agit d'une tuméfaction superficielle qui ne forme pas tumeur dans l'épaisseur du tissu de la langue.

Les *varices* de la langue signalées par LENNOX-BROWNE en 1880, sont presque toujours ignorées du sujet et reconnues grâce à un examen de la cavité buccale. Il n'y a point tumeur véritable dans ce cas et, au-dessous des varicosités bleuâtres aux dilatations serpentines, les tissus de la langue ont leur consistance normale.

Les *angiomes* sont communs et s'observent peut-être de préférence à la base de la langue. La coloration, la mollesse, la réductibilité, la consistance de la tumeur au toucher sont caractéristiques. Les troubles fonctionnels sont presque nuls.

Les *gommes syphilitiques* évoluent d'une manière bien différente. Rarement uniques, elles s'enflamment et se ramollissent vite. Les commémoratifs et la présence d'autres accidents spécifiques mettent sur la voie du diagnostic.

En résumé, en présence d'une tumeur de la base de la langue développée au niveau du *foramen cæcum*, apparue chez une jeune femme, sans douleurs et sans troubles de l'état général, on doit penser à une tumeur linguale de nature thyroïdienne.

L'examen au miroir laryngoscopique, le toucher uni ou bi-digital, fourniront de précieuses indications sur la forme, le volume, la coloration, la consistance et la mobilité de la tumeur.

Le diagnostic, en somme, peut et doit être posé dans la grande majorité des cas ; nous verrons au chapitre du traitement toute l'importance qu'il y a à ne point méconnaître la vraie nature de la tumeur.

Le traitement des tumeurs intra-linguales de nature thyroïdienne est à l'heure actuelle purement chirurgical.

Les médications iodurées, arsenicales, les injections modificatrices et sclérosantes avec la teinture d'iode et le chlorure de zinc ont été tentées plusieurs fois sans résultats appréciables.

L'extirpation de la tumeur reste donc le seul traitement. Deux grandes voies s'offrent au chirurgien : la *voie buccale* et la *voie sus ou trans-hyoïdienne*.

Ces deux voies elles-mêmes ont été employées avec des variantes diverses. Nous allons les énumérer, les décrire et en discuter les différentes indications.

Voie buccale. — Nous distinguerons ici deux procédés opératoires. Le premier est le plus simple et le plus suivi jusqu'à présent dans le traitement de

l'affection qui nous intéresse. C'est la *voie buccale directe*. Elle a été employée par les opérateurs PARKER, BUTLIN, COLLINS, BABER, ILRAITH, SELDOWISTCH, KRASKE, SCHALDE, WATSON, GAUDIER, sans trachéotomie préventive.

BUTLIN, LYMPIUS, REINTJES, l'ont employée également en compliquant l'opération d'une trachéotomie avec canule tampon de TRENDELENBURG.

Ce procédé consiste essentiellement, après anesthésie préalable soit locale (cocaïne), soit générale (chloroforme), en une large ouverture de la bouche à l'aide d'un écarteur de DOYEN et comme premier temps opératoire à saisir et à attirer la tumeur au dehors. On y arrive en se servant de pinces ou mieux à l'aide d'un fil de soie passé dans la langue, en avant ou en arrière de la masse à extirper, ce fil permettra de faire, immédiatement après l'ablation, une hémostase plus facile et plus rapide.

L'incision de la muqueuse faite suivant et sur le grand axe de la tumeur, il est facile de pratiquer l'énucléation lorsqu'on a affaire à une tumeur encapsulée. Dans ce cas, le néoplasme énucléé avec le doigt ou la sonde cannelée s'enlève avec facilité, un léger curettage de la poche peut compléter ce second temps de l'opération.

Mais ceci n'est point la règle et souvent ce temps de l'opération est le plus laborieux. Une tumeur non encapsulée, plongeant dans les masses musculaires de la langue, va nécessiter une dissection minutieuse et dans beaucoup de cas on sera forcé de tailler en plein tissu de la langue, soit au bistouri, soit au galvanocautère, pour éviter les pertes de sang trop abondantes et surtout trop gênantes.

L'hémorrhagie est plus ou moins considérable et l'emploi du fil de soie passé au-dessous de la tumeur permet, par le rapprochement rapide des tissus, de l'arrêter immédiatement.

Le reste de l'incision est réuni par des points de suture superficiels à la soie fine. Le drainage est inutile et pourrait être dangereux en ouvrant une porte d'entrée aux microbes de la bouche.

Le second procédé opératoire pour lequel on a utilisé la voie buccale pourrait être appelé : *voie buccale sublinguale*.

Un seul opérateur l'a employé jusqu'à présent.

Il est dû au professeur GORIS, de Bruxelles, qui l'a imaginé et s'en est servi tout récemment pour l'ablation d'une tumeur de la base de la langue de nature thyroïdienne.

GORIS a fait précéder son opération d'une cricotrachéotomie. La mise en place d'une simple canule trachéale lui a permis la chloroformisation et la respiration de la malade, pendant que le pharynx se trouvait hermétiquement tamponné à la gaze stérile. Le premier temps de l'opération proprement dite débute par une incision courbe au plancher de la bouche. Cette incision, pratiquée en arrière de la symphyse du menton jusque et y compris une partie de l'épaisseur des muscles génio glosses, permet d'attirer la langue très loin au dehors de la bouche, au moyen d'une érigne implantée au-devant de la tumeur. La tumeur, de cette façon, arrive jusque près de l'arcade alvéolaire.

Le second temps opératoire comprend la division de la muqueuse recouvrant la tumeur par deux incisions formant une ellipse dont les extrémités dépassent le néoplasme en avant et en arrière.

Ceci fait, il ne reste plus qu'à écarter les deux lambeaux de muqueuse préalablement libérés à leur face profonde et à enlever en quelques coups de bistouri la tumeur avec le tissu musculaire sous-jacent.

La ligature des artères dorsales de la langue, la suture en surjet des lambeaux de muqueuse et des muscles du plancher de la bouche terminent cette opération.

GORIS ajoute : opération très simple, qui ne prend que quelques minutes.

Voie hyoïdienne. — Nous mettons à part le procédé employé par WOLF, qui joignit à cette voie la section du maxillaire inférieur, avec trachéotomie préalable et ligature des deux artères linguales. Nous jugeons ce délabrement absolument inutile et ne citons ce procédé que pour mémoire.

Restent deux grandes méthodes : la première, la moins compliquée, mais la moins pratique, a été employée par LUCKE et par BERNAYS. Nous l'appellerons la *voie sus-hyoïdienne simple*. L'incision s'étend du maxillaire inférieur à l'os hyoïde sur la ligne médiane. La seconde mérite de retenir toute notre attention Nous la désignerons : *voie transhyoïdienne* selon le procédé remis en honneur par le professeur VALLAS, de Lyon, en 1895, et décrit par lui d'une façon magistrale dans un mémoire original en 1900.

DURAN, dans sa thèse de Bordeaux 1901, a fait l'his-

torique du procédé. Nous allons lui emprunter les caractères principaux en complétant les lacunes.

C'est Gussenbaüer, qui le premier en 1801, pénétra dans le pharynx par une incision longitudinale médiane avec section de l'os hyoïde.

Galish en 1887, Dubar en 1883 employèrent le même procédé ; le premier pour une tumeur de nature thyroïdienne, le second pour un kyste dermoïde de la base de la langue.

Depuis les publications de Vallas (1) beaucoup d'opérateurs se sont servis de la voie transhyoïdienne pour l'ablation des tumeurs de l'épiglotte ou de la base de la langue ou pour le traitement des rétrécissements pharyngés.

Il est bien entendu que la voie transhyoïdienne dans le cas particulier que nous étudions doit rester *extra-pharyngée* et *extra-buccale*.

Le manuel opératoire de cette voie transhyoïdienne dans les cas qui nous intéressent, est relativement simple. Il comprend trois temps principaux.

Dans un premier temps on fait la section de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. L'incision part de la symphyse mentonnière et va jusqu'à l'angle supérieur du cartilage thyroïde. Quelques branches veineuses anastomotiques n'arrêteront point longtemps l'opérateur. Quant aux artères on n'en rencontre généralement pas, en tout cas leur importance est tout-à-fait insignifiante.

L'aponévrose superficielle est ainsi mise à nu ; par une ponction légère avec la pointe du bistouri, on fait une petite ouverture qui sert à passer une sonde cannelée. On incise par-dessus l'aponévrose.

Le raphé médian séparant les deux muscles mylohyoïdiens apparaît alors. Une anesthésie profonde est nécessaire pour éviter les mouvements de la malade ; sans cette précaution, la ligne médiane serait vite abandonnée. On rencontre à ce moment les deux ou trois ganglions qui existent à la région sus-hyoïdienne médiane.

On n'a point à s'en occuper dans le cas de tumeur thyroïdienne de la base de la langue, l'adénopathie faisant toujours défaut.

La section du raphé médian, intermédiaire aux mylo-hyoïdiens est alors pratiquée. On écarte les génio-hyoïdiens et on passe librement entre les hyoglosses, sans avoir besoin de recourir à une section musculaire. L'os hyoïde apparaît dans le champ opératoire.

Commence le second temps de l'opération. Le corps de l'os hyoïde est dénudé avec soin et sectionné facilement, soit avec la cisaille de Liston, soit à son défaut à l'aide d'une paire de forts ciseaux.

Autant que possible, il faut ruginer un peu la partie médiane, de manière à avoir de bons lambeaux périostés, ce qui aura son utilité par la suite.

La section de l'os doit porter sur la ligne médiane, on évitera ainsi les déplacements consécutifs des deux fragments lors de la consolidation et les déformations asymétriques du squelette lingual et des cartilages du larynx qui pourraient survenir. Deux écarteurs sont alors placés sur les fragments hyoïdiens et confiés à un aide.

Le troisième temps opératoire est simplifié lorsqu'on a affaire à une tumeur linguale de nature thyroïdienne. Ici, en effet, on doit éviter l'ouverture du pharynx ou de la bouche. L'écartement des deux fragments de l'os sectionné, va entraîner les fibres des mylo-hyoïdiens. On parvient ainsi sans difficulté sur la base de la langue et la partie inférieure de la tumeur.

L'écartement des fragments de l'os hyoïde peut être porté jusqu'à quatre centimètres et ce champ opératoire permet d'attirer la tumeur au moyen de pinces et d'en pratiquer la dissection et l'extirpation.

On termine l'opération en suturant au fil d'argent les deux fragments de l'os hyoïde. Vallas ne croit pas bien nécessaire cette réunion de fragments osseux. Cependant cette réunion évite une consolidation vicieuse possible et comme elle ne complique point beaucoup l'opération, il vaut mieux la pratiquer pour la sécurité du chirurgien.

Doit-on réunir complètement ou pas du tout ? Les avis sont également partagés. Jaboulay, lui, préconise dans une intervention analogue le pansement à plat de la plaie opératoire, sans aucune réunion.

Sans aller jusque là, nous estimons prudent de ne point fermer hermétiquement la plaie et de laisser à la partie déclive un petit drain destiné uniquement à amener en dehors le sang ou la sérosité transsudée dans la plaie pendant les premiers jours qui suivent l'opération.

A présent que nous avons décrit les différentes inverventions pratiquées, nous allons en discuter rapidement les diverses indications. Ces indications

(1) Vallas. — *De l'ostéotomie médiane de l'os hyoïde.* — *Revue de chirurgie*, 1900.

dépendent évidemment de la situation de la tumeur dans la langue et de son volume.

A *tumeur linguale supérieure, petite*, faisant saillie à la base de la langue et pas du tout à la région sus-hyoïdienne est réservée la *voie buccale* et surtout d'autant plus que la *bouche sera grande* et la *langue moins charnue* et par conséquent plus attirable en avant.

Nous ne discuterons point les avantages de la voie sublinguale employée par Goris : l'expérience nous manque sur ce sujet, et nous faisons toutes nos réserves sur ce procédé qui n'a encore été employé qu'une seule fois par son auteur.

A *tumeur linguale inférieure*, faisant saillie dans la région sus-hyoïdienne, *volumineuse*, peu accessible par la *bouche étroite*, avec une *langue courte et charnue*, est réservée la voie trans-hyoïdienne qui donne un jour beaucoup plus grand que la voie sus-hyoïdienne sans section de l'os hyoïde.

L'utilité de la trachéotomie préventive a été beaucoup discutée. L'assurance qu'elle donne de ne pas inonder les voies respiratoires peut certainement avoir quelque prix.

Mais, comme le fait très justement remarquer Vallas, il n'est pas indifférent d'ajouter un acte opératoire à une intervention ordinairement assez longue et compliquée, et il n'est point démontré qu'une trachéotomie ne laisse pas après elle quelques inconvénients.

Nous ne partageons point personnellement les conclusions de Moure et Duran sur ce point en litige, et n'estimons pas comme eux que la trachéotomie est justifiée dans la totalité des cas.

Peut-être trouve-t-elle son opportunité dans le cas d'intervention pour les tumeurs cancéreuses chez des malades cachectisés.

En tout cas, nous pensons que *la trachéotomie n'est aucunement justifiée* dans la variété de tumeurs qui nous occupe ; les deux observations inédites que nous publions viennent d'ailleurs à l'appui de nos assertions.

En tous cas, la position de Rose, qui est la *position de choix*, dans laquelle les malades doivent être placés pour toutes ces interventions, empêchera d'une façon bien suffisante l'entrée du sang dans les voies respiratoires.

Les suites opératoires sont d'ailleurs des plus bénignes. La dysphagie et l'embarras de la parole très marqués dans les premiers jours qui suivent l'intervention, disparaissent peu à peu, surtout si l'on a eu soin, après intervention par la voie transhyoïdienne, de réunir les fragments hyoïdiens et d'assurer la solidité de la charpente osseuse de la langue et le libre jeu de sa musculature. Les soins antiseptiques de la cavité buccale éloignent tout danger d'infection du champ opératoire, si l'on a opéré par la voie buccale ; nous avons vu tout à l'heure que l'avantage de la voie transhyoïdienne était précisément de n'ouvrir aucune porte d'entrée possible à l'infection.

Nous terminons ce travail en réservant quelques lignes à une indication qui, croyons-nous, n'a pas encore été posée, jusqu'à présent, dans le traitement des tumeurs linguales de nature thyroïdienne.

Nous voulons parler des cas où la tumeur linguale représente le corps thyroïde tout entier. Il est évident que les cas, où le myxœdème post-opératoire a été signalé, sont les cas de ce genre. L'extirpation complète de la tumeur alors que l'existence normale de la thyroïde au cou n'aura pu être décelée, soit à la palpation du cou, soit au cours de l'opération, est une faute opératoire.

Un fragment de la tumeur doit être laissé en place, qui assurera les fonctions physiologiques dévolues à la glande thyroïde.

C'est la conduite qui a été suivie dans notre observation II, où l'existence du corps thyroïde n'avait pu être constatée, et jusqu'à présent la malade n'a présenté aucun accident myxœdémateux post-opératoire.

La récidive n'est pas la règle, la guérison se maintient sauf dans les cas où l'opérateur emploie les méthodes de morcellement ou fait l'ablation à l'anse galvano-caustique, méthodes aveugles qui ne donnent point l'assurance d'avoir enlevé la masse principale.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Notre Carnet

Le docteur G. Dassonville, d'Albert (Somme), nous fait part de la naissance de ses fils Fernand et René. Nos meilleurs souhaits pour la mère et les enfants.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 294. Sixième Année. N° 35 Le Numéro : **10** centimes. 31 Août 1902

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT
5 *fr. par an.*
Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) **128,** *Boulevard de la Liberté, Lille.*

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Automutilation d'un délirant religieux

par le docteur P. KÉRAVAL.
Directeur-médecin de l'asile d'Armentières.

Il s'agit à proprement parler d'un cas rare, en ce pays, de préoccupations religieuses pathologiques permanentes traversées par des périodes d'exaltation, d'excitation, d'agitation, sous l'influence de l'une desquelles le sujet se *coupa radicalement la verge.*

Gr... A. J., né le 28 août 1856, est marié et père de famille. Il est tailleur d'habits. C'est un homme qui sait tout juste lire, écrire et compter.

Il entre pour la première fois à l'asile le 27 décembre 1891. Son placement serait nécessité par : une exagération des sentiments religieux, la lecture trop assidue de la Bible, l'*idée fixe* d'une mission divine, un soi-disant sommeil hystérique qui aurait précédé la crise. Il courait, dit le procès-verbal d'enquête, pieds-nus dans les rues, après avoir brisé un quinquet allumé chez un voisin, criait au feu et ne voulait plus réintégrer le domicile conjugal. Il était, la veille, venu chez ce voisin lui demander s'il pouvait compter sur lui pour payer ses dettes, pour veiller sur sa femme et ses enfants, car une Révélation lui ordonnait, à lui Gr..., de porter un message au-delà des mers. Ceci dit, le voilà assis ; il se met à prier et il exige que tous s'agenouillent pour prier avec lui. Cela dure 4 heures ; il s'en retourne à la maison. Mais le lendemain, il revient de grand matin sans plus vouloir partir. Vers 4 heures 1/2 du soir, il tombe affaissé et s'endort jusqu'à 2 heures du matin. A ce moment, il se relève, brutalise le fils de la maison, qui le surveille, exige qu'on lui fasse la lecture de la Bible, menace de frapper, brise le quinquet en question, etc., etc., etc.

Le procès-verbal mentionne encore que Gr.. dit que sa femme va mettre au monde un fils qui s'appellera Elie et sera le grand serviteur du Christ ; qu'il fait des sermons incompréhensibles. « Dieu est son maître et celui de l'Univers. »

Cette phase d'exaltation dure peu de temps. A l'asile, on constate des hallucinations de l'ouïe et de la vue, des troubles de la sensibilité générale, et, simultanément, une faiblesse musculaire très marquée, du gâtisme. Mais en janvier, il n'est plus gâteux, ses forces reviennent, il ne lui reste qu'un peu d'agitation. Celle-ci disparaît à son tour, et le 29 février 1892, le malade sort guéri.

Il rentre à l'établissement le 5 avril 1895, la verge excisée. D'après l'état de son intelligence, c'est un dégénéré, affecté de délire religieux enté, sur des hallucinations de l'ouïe. « Dieu lui parle, dit-il, lui change son nom, en lui disant : désormais tu t'appelleras Joseph. » Afin de se perfectionner et de se rapprocher de l'idéal de la Sainteté, tel qu'il se le figure, il s'efforçait, pour se rapprocher de Dieu, de se détacher des choses de la terre, il diminuait progressivement ses rapports sexuels, et c'est pour faire plaisir à Dieu qu'il s'est coupé la verge à la base au moyen de ses ciseaux de tailleur. Il a pris ensuite le morceau tranché et l'a fendu en long au niveau du

gland en disant « Voilà la vraie circoncision. » Incapable de dormir, il s'est en outre livré à des extravagances de toutes sortes. Il a menacé sa femme après avoir exécuté sa fameuse opération et s'est précipité du premier étage.

Déjà quinze jours après son admission, il est en rémission. Il raconte alors qu'il attribue la fièvre qu'il a eue à divers chagrins, principalement à la misère. Ne pouvant plus venir à bout de payer des traites, il s'est attristé, a prié plus que d'habitude et a éprouvé des hallucinations sous l'influence desquelles il s'est opéré. Il assure aujourd'hui ne plus entendre de voix. Sa plaie est en bonne voie de guérison.

Le diagnostic semble être : dégénérescence mentale, délire religieux très actif avec automutilation, et poussées mélancolico-maniaques, exaltation, hallucinations impératives.

Un *examen complet du sujet* va du reste nous éclairer amplement.

Examen complet. — *Antécédents héréditaires.* — Le père de Gr..., enfant naturel, est mort d'une affection cardiaque à 75 ans. C'était un homme très doux, qui ne buvait pas, ne faisait aucun excès, était peu religieux ; il exerçait la profession de tailleur d'habits. Sa mère, encore vivante, très douce également, serait un peu rancunière, et fort peu religieuse. Pas de renseignements sur les grands-parents paternels, ni maternels. Gr.. a été élevé par suite dans un milieu peu religieux, non fanatique. Il a un frère plus âgé que lui, tailleur aussi, un peu rancunier, athée, et une sœur, plus âgée également, de même caractère.

Antécédents personnels. — Allaité par sa mère, il ne peut fournir de renseignements sur son developpement. N'aurait néanmoins pas eu de convulsions pendant l'enfance, aurait eu la rougeole.

A l'école de 6 à 12 ans, fait sa première communion et croit sans exaltation, ni mysticisme.

Apprenti tailleur chez son père, il sent ses sentiments religieux s'affaiblir progressivement, mais il continue à croire à l'existence de Dieu, tout en restant indifférent.

Service militaire de 21 à 25 ans, il travaille au régiment de son métier et ne commet pas d'excès de boissons.

Libéré, il revient travailler de sa profession, se marie une année après, a 4 enfants. Son aîné meurt à 6 ans d'une angine couenneuse ; il avait eu ses dents tardivement, n'avait eu aucune convulsion, était assez intelligent car il savait, à 6 ans, lire, écrire, compter. Son second enfant, une fille, est morte à 4 ans du croup. Le troisième, qui a actuellement 6 ans, est d'intelligence moyenne. Un quatrième, qui a 3 ans, est né au moment où le malade présentait son premier accès de folie.

C'est un an après son mariage que Gr.. se sent repris de sentiments religieux. Un jour il découvre par hasard un évangile dans son grenier, le lit, et aussitôt, se dit qu'il ne peut demeurer incrédule. Il s'en va emprunter à son voisin un Ancien Testament, *reconnaît qu'il n'est pas un homme juste*, comme il croyait, qu'il n'est qu'un misérable pécheur. Il est convaincu du péché, comme le dit J. C., car, quand il sera venu, J. C. convaincra le monde du péché. A ce moment, déjà, il semble avoir eu *quelques hallucinations de l'ouïe*. Cette révélation subite lui a permis de bien comprendre ce qu'il lisait.

Il continue sa profession, mais se sent intérieurement malheureux à cause de ses péchés. Il sent qu'il lui faut suivre la *vraie religion*, se demande quelle religion il adoptera, lit des livres catholiques et protestants, suit des assemblées protestantes, cause beaucoup religion avec des protestants baptistes qui « l'aident à trouver la paix de Dieu » et, finalement, *se convertit au protestantisme :* secte baptiste. Il est baptisé au bout de quelques mois. Néanmoins il éprouve parfois des doutes sur son salut et se demande s'il a « la perle de grand prix », c'est-à-dire la paix du cœur.

Cependant sa femme et sa belle-mère le persécutaient. Elles craignaient que n'allant plus au cabaret, ne travaillant plus le dimanche, il ne fît de mauvaises affaires. Elles lui disaient qu'il ne faut pas changer de religion, quand on est né catholique. Il ne répond pas, parce que « J. C. nous dit qu'il ne faut répondre aux outrages que par le silence ». *Sa femme et sa belle-mère finissent par se convertir : sa femme se fait baptiser de nouveau.*

Depuis, Gr... a souvent des inquiétudes sur son salut : il n'a cependant pas osé jamais faire de prosélytisme pour sa religion numéro deux.

En 1891, il commence à entendre des voix. Ce sont des *hallucinations psychomotrices*, semble-t-il. Quand il est en prière, il se met à dire des choses qu'il est étonné de dire, qui lui sont révélées, qu'il n'a pas à proprement parler entendues de ses oreilles. C'est Dieu qui lui fait remuer les lèvres. Ce sont des paroles d'actions de grâces à Dieu qu'il profère.

Interrogé sur son premier internement, il avoue qu'il a en réalité fait et dit des bêtises. C'est cependant Dieu qui lui avait donné son nouveau nom. Le sommeil, que les médecins ont qualifié de sommeil hystérique, n'était que simulé : il lui semblait qu'il avait le devoir de faire le mort ; il se rappelle que pendant ce temps un médecin lui a pressé les testicules et qu'il a fait semblant de ne rien sentir (?)

Il aurait à cette époque-là passé par deux périodes : une période d'exaltation, au cours de laquelle il se croyait choisi par Dieu, cela avant sa séquestration ; une période de dépression, pendant ses quinze jours de séjour à l'hôpital de Valenciennes, où, sous l'influence d'hallucinations continues de l'ouïe et, principalement, de la vue, il se croyait tombé dans un grand puits, en guise de châtiment, y voyait le diable sous la forme d'un ours noir, qui l'accusait d'être la cause de tous les malheurs de la terre, se croyait damné et souffrait énormément ; la fin du monde était arrivée.

Lors de son entrée à l'asile d'Armentières, il se crut dans un monde électrique, se figura que les gardiens et les malades étaient des automates qui marchaient à l'électricité ; ce délire lui était *communiqué par un aliéné* qui se disait électrisé. Ce n'est que peu à peu qu'il se rendit compte que les objets qui l'en-

touraient étaient réels. Il a eu aussi à cette époque des cauchemars qu'il se rappelle mal : il a vu un cercueil à côté de lui.

Il prétend en outre qu'il était volontairement malpropre et gâteux, parce que Dieu lui défendait de se lever à cause de sa faiblesse musculaire.

Sorti de l'asile à la fin de février, il reprend ses occupations ordinaires et vend en sus des machines à coudre. Il reste toujours très religieux, fort exalté, continue à être tourmenté de temps en temps par des idées d'indignité et de culpabilité, craint de mal faire en ayant des rapports avec sa femme et en essayant de ne pas avoir d'enfants. Il fait part à sa femme de ses sentiments : celle-ci lui reproche de ne plus l'aimer et ne partage pas son avis. Il pratique l'onanisme parce qu'il a des besoins génitaux trop vifs.

Il n'est néanmoins pas hanté de l'idée de se priver d'un organe qu'il regarde comme la cause du péché. Et voilà que le 2 avril 1895, étant couché seul, *il est visité par une révélation qui lui dit de se couper la verge, que c'est la vraie circoncision, qu'il sera, ce faisant, agréable à Dieu !!* Jamais, affirme Gr.., il n'avait jusqu'alors eu semblable idée, et ses affirmations réitérées semblent véridiques. Ce n'était pas suivant lui une voix humaine qu'il entendit à ce moment ; ce fut une sorte de voix intérieure, une idée résonnante d'origine divine, une voix qui n'avait pas d'allure impérative.

Il n'essaie malgré cela pas un seul instant de lutter contre cette révélation, n'a pas un moment de regret, d'angoisse, n'appréhende pas de souffrir, n'envisage en aucune façon les conséquences de cet acte. Il se lève sur le champ, saisit ses grands ciseaux de tailleur, et, en deux coups, il se tranche la verge à la racine, se recouche, se lève de nouveau une minute après, prend le morceau enlevé et le fend longitudinalement en s'écriant : « Voilà la vraie circoncision !! » L'hémorrhagie a été relativement faible : il n'eut du reste pas la moindre peur de mourir d'hémorrhagie.

Il ne se souvient plus de ce qu'il a fait jusqu'à son entrée à l'hôpital. Il a oublié qu'aussitôt après s'être mutilé il s'est précipité par la fenêtre sans d'ailleurs se blesser ; il ne se rappelle plus qu'une voix, tandis qu'il se mutilait, lui disait : « désormais tu t'appelleras Joseph. »

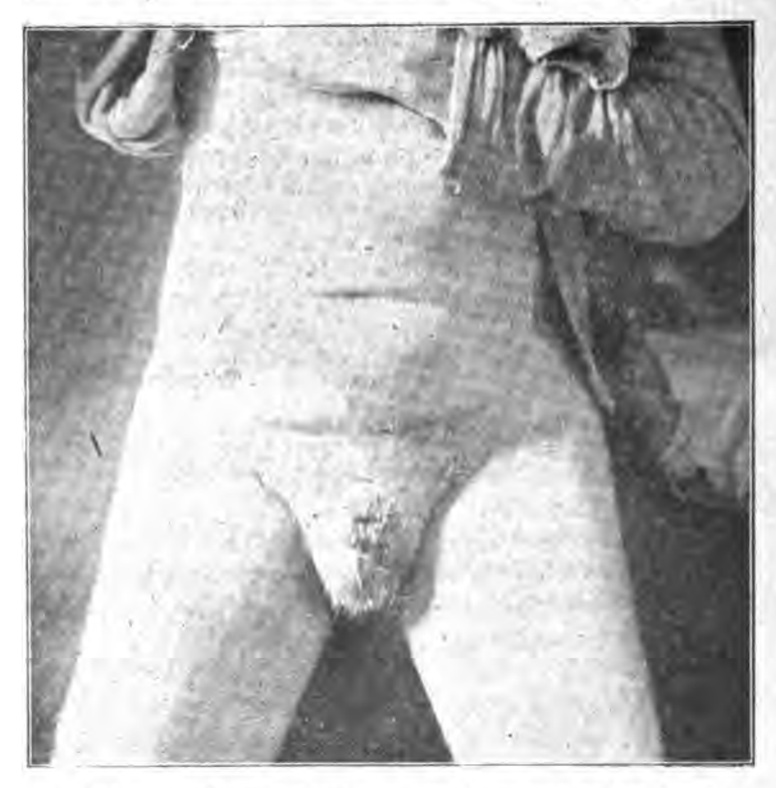
Le lendemain de cet événement il est conduit à l'hôpital de Valenciennes, où il reste un jour et demi et est envoyé à l'asile. Il y arrive un peu agité et paraît sous l'influence d'hallucinations. Il est absolument convaincu qu'il a bien agi et qu'il aurait raison de recommencer si c'était nécessaire.

La surface de section (*Voir la photographie*) située à un centimètre en avant du pubis, au-dessus des bourses qui sont respectées, présente une forme irrégulière, ovale, du diamètre d'une pièce de cinq francs. L'urèthre est coupé perpendiculairement à son axe ; il surplombe un peu la partie moyenne de la plaie. L'urine, pendant la miction, s'écoule en bavant légèrement et cause des douleurs cuisantes sur la surface saignante qu'elle irrite.

Le 10 avril, le malade reconnaît avoir eu la fièvre, s'être précipité par la fenêtre, mais affirme avoir bien agi en se coupant la verge. Tourmenté par des préoccupations commerciales, il s'est mis à prier avec ardeur et, pendant ses prières, il a eu subitement sa Révélation. Il urine à l'aide de la sonde, est doux et tranquille. Des pansements au salol assurent une cicatrisation lente.

Le 22, l'état local est en bonne voie ; Gr... peut uriner sans le secours de la sonde et sans souffrir, mais le jet est filiforme. Interrogé sur les causes de son acte bizarre, il répond avec ambiguité qu'il ne peut dire qu'il ait bien fait, ayant, comme c'est son cas, une femme qu'on aime bien.

Le 30, il est encore assez exalté. Il raconte son histoire, mais son langage est émaillé de citations bibliques, dont il dénature parfois le sens, afin d'expliquer ses moindres actions. Il dit n'avoir plus ni



révélations, ni hallucinations, mais avoue qu'au fond il ne regrette pas ce qu'il a fait. Il est toujours persuadé qu'il a fait plaisir à Dieu en lui faisant le sacrifice d'une partie de son corps qu'il n'employait pas uniquement à son usage propre, à celui d'avoir des enfants.

Il ne paraît pas sentir de besoins génésiques : il n'a eu que deux ou trois fois un commencement d'érection qui s'est manifesté par de la turgescence du moignon, au moment où il éprouvait un vif besoin d'uriner. La miction effectuée, l'érection a disparu.

Il sort guéri physiquement et intellectuellement, au moins de la poussée aiguë du délire, le 25 mai 1895.

Gr... revient encore, pour la troisième fois, le 20 février 1896.

Ce qui domine cette fois, c'est un état de confusion

mentale suraiguë, caractérisée par une profusion d'idées délirantes de persécution et de grandeur mystiques, par des hallucinations en masse de la vue et de l'ouïe, par une perpétuelle agitation des plus vives qui le portent à des violences contre sa personne. Tout cela a déterminé un trouble de la nutrition générale, de l'émaciation qui compromettent son existence. Absorbé au plus haut point, il parle constamment de Dieu, de l'Evangile. Les renseignements fournis à l'appui de ce nouvel internement indiquent que chez lui il chantait perpétuellement la nuit, se mettait à nu, et voulait se jeter par la fenêtre.

Il a vu la vierge, les saints ; Dieu lui parle à l'oreille et lui fait comprendre ses intentions en agissant sur lui intérieurement : aussi se déshabille-t-il, se flagelle-t-il, parle-t-il de sanctification, de lumière céleste ; il a même saisi un couteau pour se tuer. Il raconte encore qu'il est empereur, qu'il va devenir un grand saint. On le met au lit en le surveillant de près.

Son état général, mauvais, fait redouter une terminaison fatale. Quinze jours plus tard, la situation est toujours grave, mais l'agitation est moins intense.

Le 23 mai, il ne délire plus, mais s'occupe passionnément de choses religieuses, rumine sans désemparer des cas de conscience, trouve, par exemple, que, la dernière fois qu'il est sorti de l'asile, il ne s'est pas suffisamment préoccupé de Dieu et de sa loi ; cette fois, il est résolu de s'inspirer plus que jamais de la Foi.

Sa femme, malgré ce courant d'idées paranoïdes, le réclame. Il sort amélioré relativement le 31 mai.

Disons ici qu'il nous a confié qu'il avait souvent des érections du moignon et qu'il le frottait contre les parties génitales de sa femme : ce coït d'infirme déterminait l'éjaculation.

Gr.. n'est pas revenu, car, quelques mois plus tard, il s'est suicidé chez lui, probablement par ordre de la Divinité.

Trois points sont frappants dans l'observation précédente. Le coefficient intellectuel du patient, l'origine de son délire, les poussées aiguës de la psychose.

Peut-on considérer comme doué d'une intelligence moyenne un homme qui, après avoir fréquenté l'école pendant six années, n'a pas acquis plus d'instruction que n'en avait Gr.. ? Evidemment non. S'il n'avait pas de signes de dégénérescence physique, on est cependant autorisé à le regarder comme un sujet peu intelligent. Il ne possédait pas son certificat d'études primaires.

Son illumination subite, le jour où il découvre des livres saints dont il connaissait en réalité les éléments, puisqu'il avait fait sa première communion, cette illumination ne peut être attribuée qu'à des hallucinations de l'ouïe. Celles-ci vont de pair avec suractivité cérébrale dont il parle, qui lui a permis de bien comprendre ce qu'il lisait, et avec les hallucinations psychomotrices de 1891.

Quant aux poussées aiguës, elles tiennent, comme on l'a vu, à des bouffées d'hallucinations multiples ou unisensorielles, agréables, terrifiantes ou impératives, quoi qu'en ait dit Gr..., qui absorbent l'intégralité du Moi, et menacent même le fonctionnement viscéral.

Dès l'instant où il a eu sa première Révélation, Gr... a vraiment déliré. Il a produit un système de délire conforme à la nature de son esprit, ou si l'on préfère à la modalité du trouble mental en relation elle-même avec le terrain psychique primordial. Les préoccupations religieuses, en fait plutôt puériles, car elles jurent avec la condition sociale, avec les éléments de l'existence habituelle de Gr..., ces préoccupations religieuses n'ont depuis, à aucun moment, cessé, même dans l'intervalle des poussées quasi-congestives des centres. Leur imparfaite systématisation émane du fonds sur lequel elles ont poussé. C'est donc bien de la paranoïa, mais de la paranoïa propre aux dégénérés. Les épisodes aigus et suraigus surajoutés témoignent eux-mêmes de son espèce.

Pourquoi maintenant Gr..., qui n'avait rien de commun avec les matières ou les ministres de la religion, a-t-il précisément été brusquement orienté sur ce domaine ? C'est tout aussi inexplicable que son abjuration. Car il n'a jamais expliqué pourquoi il s'était fait protestant. Il semble qu'il ait subi aveuglément l'impression d'images mentales imposées par l'activité involontaire d'organes en état d'éréthisme morbide. De même les perturbations dans le fonctionnement normal du poumon, du foie, des reins, etc., etc., nous imposent la fièvre, la douleur, la dyspnée, l'ictère, l'anasarque et les syndromes émanés des auto-intoxications qu'elles engendrent. La cause première de la psychopathie nous échappe. Il n'était aucunement hystérique.

Consultations Médico-Chirurgicales

Hypertrophie des amygdales palatines

Professeur-agrégé Gaudier.

INFORMATIONS CLINIQUES. — L'hypertrophie des amygdales est une affection banale, commune à l'enfance et à l'âge adulte et dont l'étiologie reconnaît deux facteurs

évidents : l'un infectieux, l'autre constitutionnel, le lymphatisme.

L'hypertrophie peut être congénitale et développée à la naissance, ou acquise et développée à la suite de poussées inflammatoires paroxystiques (Ruault).

Les amygdales hypertrophiées peuvent être molles ou dures ; cryptiques ou non ; quant à leur forme, elles peuvent être pédiculées, de façon totale ou partielle, ou enchatonnées.

Elles peuvent enfin coexister avec l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, qui constitue les végétations adénoïdes, ou de l'amygdale linguale, ou bien être une manifestation hypertrophique isolée, uni ou bilatérale.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — Toutes les hypertrophies amygdaliennes ne sont pas justiciables du même traitement ; les unes réclament le traitement médical, c'est-à-dire sans ablation ; pour d'autres convient seul le traitement chirurgical, c'est-à-dire l'ablation.

1. Le traitement médical, général et local, est indiqué : *a*) dans les petites hypertrophies molles de l'enfance, intermittentes, ces cas où l'amygdale est sujette à des poussées fluxionnaires, et à des retours ad integrum (amygdale rouge) ; *b*) dans les cas où l'hypertrophie a succédé récemment à une infection locale, telle qu'une angine, ou générale à peine éteinte, comme la grippe, la rougeole, la scarlatine.

Il peut rendre des services : *c*) dans les cas de refus d'intervention plus radicale ; *d*) dans les cas d'hémophilie ou de coexistence d'une autre lésion amygdalienne, la tuberculose, la syphilis, par exemple.

2. Le traitement chirurgical est indiqué : *a*) dans les formes ayant résisté au traitement médical ; *b*) d'emblée, dans les hypertrophies dures, fibreuses, localisées ou non et s'accompagnant du syndrôme amygdalien (abcès amygdalien ou périamygdalien, troubles auditifs, insuffisance respiratoire, arrêt de développement du thorax, toux pharyngée, etc.)

Il est contre-indiqué, *c*) chez les hémophiles, et *d*) pendant ou immédiatement après toute poussée inflammatoire.

TRAITEMENT. — L'indication d'un traitement médical ou chirurgical posée, les moyens de la remplir seront les suivants :

I. TRAITEMENT MÉDICAL. — On s'adressera à la fois à l'état général et à l'état local.

Traitement général. — *a*) C'est la médication du lymphatisme qui fera presque tous les frais. Seront employés : **l'huile de foie de morue**, simple ou iodée ; on réservera **la glycérine anglaise neutre pour les malades récalcitrants** à l'huile ; les préparations d'**iode** sous forme de sirop d'iodure de fer à raison de deux cuillerées à café par jour, de teinture d'iode à raison de x à xxx gouttes par jour, ou les vins iodés, tels que le vin Girard, le vin iodo-tannique, etc.

b) Une cure thermale, sulfureuse, chlorure sodique ou arsenicale (Cauterets, Luchon, Challes, Enghien, la Bourboule, etc.) suivant les cas, parfois après tâtonnements, sera le complément nécessaire. Le traitement comprendra à la fois le bain, la boisson et localement les gargarismes et les pulvérisations (douche en jet au tamis, à la température de 34-35°), durant trois ou quatre minutes pour commencer, et en séances plus longues pour finir.

Traitement local. — Les gargarismes, les badigeonnages seront les plus fréquemment prescrits, mais l'ignipuncture ne laisse pas d'avoir la faveur de quelques praticiens.

a) Les **gargarismes** seront actifs, s'il y a de l'inflammation ; on aura alors recours par exemple au phénosalyl à 15 pour mille, aux solutions iodo-iodurées, etc. ; on les prescrira anodins dans les périodes de calme, et ils n'auront d'autre but que de faire simplement le nettoyage de la gorge ; tel celui-ci :

Alcool à 90°	150 grammes
Salol	5 grammes
Saccharine	0.75 cent.
Essence de menthe	ãã XX gouttes
Essence de vanille	

une cuillerée à café dans un verre d'eau tiède.

b) Les **badigeonnages** seront à utiliser, sous forme de glycérine iodée ou mentholée, à 1 pour cent, par exemple, pour les malades qui ne savent pas se gargariser.

c) L'**ignipuncture**, dont on a abusé, et qui a la prétention peu justifiée de scléroser et de réduire l'amygdale hypertrophique, mérite cependant qu'on en connaisse le manuel opératoire, les avantages et les inconvénients.

Technique opératoire de l'ignipuncture. — Avec le thermo-cautère ou le galvano-cautère, après ou sans anesthésie locale à la cocaïne, ou générale au bromure d'éthyle, on pratique soit des pointes de feu disséminées à la surface de l'amygdale, soit des raies transversales très profondes (Moure), soit de véritables ponctions profondes en tunnel dans l'épaisseur de la masse, en ayant soin toutefois que les tunnels soient dirigés d'avant en arrière, et non de dehors en dedans.

L'ignipuncture peut se faire : 1° en plusieurs séances, à raison de cinq à six pointes chaque fois, en changeant de côté ; et alors le sujet en a pour des mois de traitement : 2° ou en une ou deux séances ; mais cela amène une réaction locale formidable et qui n'est pas sans danger ; dans ce cas on pourrait employer l'ouvre-bouche et l'anesthésie au bromure d'éthyle.

Soins consécutifs. — Il ne faut pas oublier les soins consécutifs à l'intervention, qui consistent : 1° en gargarismes antiseptiques, répétés dix à quinze fois par jour, pendant dix ou douze jours ; 2° en une alimentation molle pendant ce même temps ; 3° en l'antisepsie du naso-pharynx par

l'huile mentholée à 1 pour cent, ou par l'huile boriquée à 5 pour cinquante, afin d'éviter la propagation possible de la réaction inflammatoire au cavum et aux trompes.

Avantages de l'ignipuncture. — C'est surtout une opérations exsangue, à la portée de tous les praticiens et n'exigeant, si on emploie le thermo-cautère, trop rayonnant cependant et effrayant néanmoins pour le malade, qu'un appareil instrumental restreint.

Inconvénients de l'ignipuncture : 1° Lorsque l'ignipuncture est pratiquée en plusieurs séances, la durée excessive du traitement, la fatigue considérable pour le patient, qui après chaque cautérisation voit se renouveler une poussée inflammatoire douloureuse et gênante, sont des inconvénients sérieux. Et s'il s'agit d'un enfant, il est presque impossible de faire plusieurs séances ; instruit par l'expérience, à une seconde séance, il se débat, lutte, et rend toute intervention impossible.

2° Lorsque l'ignipuncture est pratiquée en une seule séance, comme la réaction est des plus violentes, l'amygdalite opératoire s'étend à tout le pharynx durant trois ou quatre jours, et fatiguant beaucoup le patient, le force à garder la chambre, c'est là un inconvénient non moins sérieux. Il faut encore compter avec le développement consécutif d'abcès périamygdaliens, d'otites purulentes, la greffe possible de la diphtérie sur les points cautérisés. Enfin, l'amygdale ainsi sclérosée constitue dans le pharynx un vrai corps étranger, dur, qui devient cause d'excitations de voisinage (poussées de pharyngite, toux pharyngée), lesquelles en retentissant secondairement sur le larynx, peuvent changer le timbre de la voix, ou amener de la fatigue vocale intermittente ou permanente. Du reste, chez la jeune fille ainsi traitée, la voix chantée est exceptionnelle. Enfin, il se peut que les séances multiples d'ignipuncture n'aboutissent pas à l'atrophie. Et l'on est forcé quand même d'en arriver au traitement chirurgical.

II. **TRAITEMENT CHIRURGICAL.** — Les interventions chirurgicales diffèrent, suivant que les amygdales sont péduculées ou enchatonnées.

A. Les amygdales sont pédiculées. — Suivant l'âge du sujet, dans cette particularité anatomique des amygdales, c'est l'amygdalotomie ou l'électro-amygdalotomie qui doit être préférée.

a) Le sujet est jeune ou adolescent. — α) Il est des procédés peu recommandables. Tel le **bistouri** ou méthode de Saint-Germain ; au moyen d'une pince à griffe courbe on attire l'amygdale, on la fait saillir hors de la loge et on la sectionne au ras des piliers avec un bistouri courbe. Tel aussi le procédé par les **ciseaux**, dont le manuel opératoire est le même, le ciseau courbe remplaçant le bistouri.

Les inconvénients de ces deux procédés sont : 1° la difficulté de sectionner très largement, 2° la possibilité, en cas de mouvement du patient, de blesser la paroi postérieure du pharynx ou la langue, l'hémorrhagie possible.

β Le procédé de choix est l'**amygdalotomie à froid**, avec l'un des modèles si nombreux d'amygdalotomes, de Mathieu, de Mackensie, etc.

Technique opératoire de l'amygdalotomie. — Chez l'enfant, et surtout s'il y a en plus hypertrophie de l'amygdale pharyngée, on pratiquera l'anesthésie au bromure d'éthyle, ou au chlorure d'éthyle. Chez l'adulte on insensibilisera les piliers par un badigeonnage avec une solution de cocaïne à 1 pour cent.

On aura tout prêts avant de commencer : une pince à langue, des tampons montés de ouate hydrophile, de la glace à boire ; à la rigueur, le compresseur bucco-cervical de Ricard ; et une aiguille de Reverdin courbe, avec un fil de soie n° 2. L'ouvre-bouche, l'abaisse-langue et les amygdalotomes seront stérilisés par l'ébullition.

L'opération se compose de trois temps. Condition essentielle : **L'amygdalotome doit être tenu dans un plan bien parallèle à l'axe de la bouche**, pour ne pas s'exposer à pratiquer des sections obliques, qui laisseraient de l'amygdale insuffisamment sectionnée, soit en avant, soit en arrière.

Premier temps : Engagez l'amygdale dans la lunette de l'instrument et appuyez en dehors en déprimant les piliers.

Deuxième temps : Appuyez sur la fourchette qui, en s'engageant dans l'amygdale, l'extraiera de sa loge.

Troisième temps : Attirez les deux anneaux et sectionnez ainsi l'amygdale.

S'il existe deux amygdales à sectionner, il vaut mieux deux amygdalotomes.

Prendre garde, en se hâtant, après la première ablation, de ne pas saisir l'instrument de travers, comme cela s'est vu, et de **ne pas engager et fixer l'amygdalotome-fourchette en dehors,** ce qui exposerait à ne pouvoir retirer l'instrument fixé dans le moignon. Avoir soin aussi, en se hâtant, ayant la vue masquée par le sang, de **ne pas engager la luette trop longue dans la lunette de l'instrument.**

Soins immédiats. — Faire boire de l'eau frappée au malade, et le calmer en l'assurant de la brièveté et du peu d'importance de l'hémorrhagie. Prévenir aussi du vomissement possible post-opératoire dû au bromure d'éthyle et qui sera coloré par le sang dégluti.

Soins consécutifs. — Garder la chambre ou l'appartement de huit à dix jours. Ne pas manger pendant ce laps de temps d'aliments durs, qui pourraient blesser la tranche amygdalienne. Se gargariser très souvent avec un gargarisme au phénosalyl ou tout autre antiseptique. Redoubler les soins quotidiens donnés aux dents.

b) Le sujet est adulte ou plus agé. — α) Le procédé recommandable, c'est encore l'amygdalotomie à froid.

β) Mais le procédé de choix, c'est l'électro-amygdalotomie. Pour pratiquer l'électro-amygdalotomie, il faut posséder

une batterie de piles à liquide quelconque, au bichromate de potasse en pratique, ou, ce qui est préférable, une batterie d'accumulateurs. Les accumulateurs seront fraîchement rechargés, le liquide des piles sera neuf. La batterie sera reliée par un conducteur souple de 1m50 à 2 mètres de longueur à l'un des modèles multiples de manche galvanocaustique ; sur ce manche on montera le tube guide-anse vertical, dans lequel on passera le fil d'acier destiné à saisir, à serrer et à couper l'amygdale (1).

Il faut **éviter de faire passer le courant dans l'anse d'acier avant l'opération**, car le fil qui a ainsi servi, bleuit, se détrempe et ne peut plus être utilisé.

Technique opératoire de l'électro-amygdalotomie. — Après anesthésie locale, par badigeonnage des piliers avec une solution de cocaïne à 1 pour cinquante ou à 1 pour vingt, on place l'ouvre-bouche ouvert modérément, afin d'empêcher le patient de refermer la bouche pendant l'opération :

Premier temps : Déprimer la langue avec l'abaisse-langue, et engager l'amygdale à sectionner dans l'anse d'acier, d'un volume un peu plus grand que celui de l'amygdale. Cet engagement doit se faire à fond, et si l'amygdale s'y prête mal, il est bon avec une pince à griffes de l'attirer hors de sa loge, pour permettre une prise plus facile.

Deuxième temps : Serrer alors l'anse d'acier le plus possible de manière à former un véritable moignon, comme s'il s'agissait de la sectionner à froid. Pendant tout ce temps éviter de faire passer le courant.

Troisième temps. — Faire passer le courant en appuyant sur la gâchette par intermittences, et en même temps fermer l'anse le plus possible jusqu'à ce que l'amygdale sectionnée vienne à vous, adhérant au manche.

Avantages de l'anse galvanique. — C'est un procédé exsangue et non douloureux.

Inconvénients de l'anse galvanique. — La manœuvre de l'anse est délicate, et si l'on donne trop de courant, le fil engagé dans les tissus brûle, reste très intimement adhérent, et l'extraction en est fort difficile. Ce procédé exige, en effet, des gens calmes et patients, que ne gênent pas l'odeur de chair grillée. Il est donc contre-indiqué chez les enfants et chez les sujets à pharynx hyperexcitable, que ne calme pas la cocaïne et qui déglutissent tout le temps. Enfin la réaction douloureuse post-opératoire est très vive, et il peut y avoir à la chute de l'escharre au huitième ou au neuvième jour, une hémorrhagie secondaire, en général peu importante.

Soins consécutifs. — Les soins consécutifs à prendre sont les mêmes qu'après l'ignipuncture ou l'amygdalotomie à froid.

(1) Si l'on dispose comme source électrique du courant usité dans la plupart des villes (70 ou 110 volts), il est nécessaire d'avoir outre le réducteur de courant, un excellent rhéostat, très sensible et à la portée de la main, pour pouvoir faire varier l'intensité du courant d'un moment à l'autre.

B. L'amygdale est enchâtonnée. — On nomme ainsi une forme caractérisée par l'enclavement de l'amygdale dans sa loge, où elle contracte des adhérences en avant ou en arrière avec les piliers, qui la masquent complètement.

α) Il est, dans ce cas, contre-indiqué d'employer l'amygdalotomie à froid ou l'anse galvanique ; du moins, si l'on veut absolument l'utiliser, ne doit-on le faire qu'après la manœuvre préparatoire de la **discision**, qui consiste à séparer au moyen d'instruments appropriés, tels que les crochets disciseurs cannelés et tranchants de Ruault, l'amygdale des piliers qui la recouvrent, en détruisant les adhérences. Cette manœuvre, facile pour le pilier antérieur, l'est moins pour le pilier postérieur. Sans cette précaution l'amygdalotome couperait amygdale et piliers, ainsi que les vaisseaux béants dans les piliers par suite de l'inflammation chronique ; et il en résulterait des saignements abondants et continus, peut-être même des hémorrhagies graves.

β Le procédé de choix, c'est le **morcellement** pratiqué au moyen de morcelleurs de types divers droits ou courbes, petits ou grands, mais répondant tous à ce signalement : pinces dont les mors sont formés d'un cylindre creux emboîtant à frottement un cylindre plein évidé ou creux. Cet instrument sectionne par emboutissement et écrasement.

Manuel opératoire du morcellement des amygdales. — Il convient d'employer de préférence un instrument courbe; dont par conséquent les mors s'adapteront facilement à leur mission, qui est de creuser l'amygdale sans toucher aux piliers. Il faut une pince pour chaque amygdale droite et gauche.

La bouche étant bien ouverte, l'appareil va saisir en plusieurs prises le tissu amygdalien exubérant, en ayant bien soin d'éviter les piliers. On s'arrêtera de creuser ainsi l'amygdale, quand on jugera qu'elle est suffisamment réduite.

Après ce morcellement, il est indiqué, quand le saignottement très faible est arrêté, de badigeonner la tranche amygdalienne avec une solution de glycérine iodée ou tout autre caustique léger.

Soins consécutifs. — Les soins consécutifs sont les mêmes pour tout autre procédé.

Avantages du morcellément. — Le grand avantage c'est la sécurité ; en effet, il y a très peu de sang et presque pas de douleur, si l'instrument coupe bien ; l'**on arrache les tissus quand l'instrument, fatigué, coupe mal.** Ensuite, c'est la possibilité d'enlever des amygdales rebelles à toute autre méthode.

Inconvénients du morcellement. — Ils consistent en la longueur plus grande de l'intervention, ou des résultats esthétiques moins beaux qu'avec les procédés à section nette.

HYGIÈNE GÉNÉRALE ET LOCALE DES OPÉRÉS POUR HYPERTROPHIE DES AMYGDALES. — Les opérés pour hypertrophie amygdalienne doivent suivre une hygiène générale et locale particulière.

Chez les enfants. — Il est bon, si possible, de faire suivre à l'enfant, après son opération, une cure d'**air marin** aux stations chaudes de la Bretagne ou de l'Atlantique. Il est mieux de le diriger sur le Mont-Dore ou vers la Bourboule. Pendant les hivers qui suivront, l'emploi de l'**huile de foie de morue** sera au premier plan, comme moyen médicamenteux. On insistera en outre sur les soins de la bouche et les **gargarismes journaliers**.

Si, pour une raison quelconque, l'amygdale pharyngée n'a pas été enlevée dans la même séance, **on surveillera le cavum**, pour intervenir si les troubles auriculaires ou nasaux persistaient. Cependant, dans quelques cas, on a vu s'atrophier cette amygdale modérément hypertrophiée, après l'ablation de deux grosses masses palatines.

Les troubles de la voix sont peu accusés après l'opération et ne méritent pas, en général, qu'on s'y arrête. Cependant, s'ils persistaient, il faudrait faire de la **rééducation vocale** par la méthode de Chervin.

Chez les adultes. — On prescrira après l'opération, et d'une manière définitive, d'éviter les causes de congestion pharyngée et en particulier, de **supprimer le tabac**.

On défendra le séjour à la mer.

On recommandera au contraire les soins de propreté de la bouche, les **gargarismes**. Il est bon de prévenir le malade que, quelquefois après l'opération, la voix change de timbre et baisse d'une ou deux notes. Mais c'est là un fait exceptionnel et généralement passager, exigeant parfois cependant une certaine rééducation vocale et une accoutumance à une nouvelle forme de l'oro-pharynx.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Notre confrère, et presque homonyme, le journal l'*Echo du Nord*, publiait les 23 et 24 août 1902, une observation de trépanation pour accidents cérébraux graves consécutifs à une fracture du crâne, dont les détails me paraissent dignes de retenir un instant l'attention. C'est dans le feuilleton, cela va sans dire, que nous relevons les faits suivants :

Sorandal a tué le duc d'Amfreville et a fracturé le crâne de son intendant Dominique ; depuis le crime le pauvre intendant est aphasique, paralytique, gâteux, etc.

Sorandal, soupçonné, a été acquitté par le jury, mais Jacques, notre excellent confrère le Dr Jacques Fromentel, est persuadé que le jury s'est trompé ; et alors... M. Montfermeil (l'auteur) va nous mettre au courant :

Il rentra (*il*, c'est le confrère), d'un pas rapide, chez lui, visita sa trousse de chirurgien, s'assura qu'elle contenait bien les instruments qui allaient lui être nécessaires, la mit dans la poche de son pardessus et ressortit...

Il alla droit chez le docteur Monguyon, se nomma et fut introduit sur-le-champ.

Le docteur venait de se lever et déjeunait, il quitta sa table pour venir au-devant de Jacques.

— Eh ! bonjour, mon cher confrère, qui me procure le plaisir de votre visite ?

— Mon cher confrère, dit Jacques, je suis venu demander, réclamer votre concours, ou tout au moins votre présence pour une opération que j'ai résolu de tenter.

— Une opération ?

— Oui. Grave et délicate, mais qui peut réussir et que, pour cela, il faut tenter.

— Je vous écoute, répéta le docteur Monguyon.

— Vous vous rappelez le double crime qui, en décembre dernier, a jeté l'épouvante et la consternation dans ce village de Pierrefite ?

Le docteur Monguyon regarda avec surprise son interlocuteur :

— Sans doute. fit-il ; comment aurais-je pu l'oublier ?

— Deux vieillards, le duc d'Amfreville et son intendant, furent trouvés assassinés, baignant dans leur sang.

Le duc, frappé d'un coup de couteau au cœur, était mort.

L'intendant, Dominique, assommé à l'aide d'un instrument contondant, respirait encore...

— Je l'ai soigné, s'écria le médecin.

— Et vous l'avez sauvé.

Grâce à vos soins ingénieux et savants, Dominique, aujourd'hui, je le sais, vit, mange, boit, accomplit toutes les fonctions de la vie animale.

Mais de la vie animale, seulement.

Car les coups qu'il a reçus sur le crâne semblent avoir tué pour jamais en lui l'intelligence et le souvenir.

Depuis le crime, il n'a pu prononcer une parole et tous les efforts pour ranimer en lui la pensée sont restés vains.

— Où voulez-vous en venir ?

— La vérité est dans le crâne de Dominique, répondit Jacques d'une voix grave et ferme.

Je veux ouvrir ce crâne pour que la vérité en puisse sortir.

Et sans s'occuper de l'ahurissement dans lequel ces paroles plongeaient son interlocuteur, Jacques sortit de la poche de son pardessus sa trousse, l'ouvrit et en tira un objet qu'il présenta au docteur.

C'était un instrument d'acier poli, très semblable par la forme aux vilebrequins dont se servent les charpentiers pour trouer le bois.

Alors, le docteur Monguyon comprit :

— Un trépan ! s'écria-t-il.

— Oui, monsieur.

Je me suis demandé si la perte des facultés intellectuelles du vieux Dominique, si la complète amnésie à laquelle il est en proie n'ont pas pour cause unique la présence d'une esquille pesant sur la substance du cerveau...

Cela s'est vu...

— Sans doute, déclara le docteur Monguyon.

— Des cas nombreux existent.

D'après ce que vous m'avez dit vous-même, les coups avaient été portés avec une telle violence qu'à un certain endroit la boîte osseuse était littéralement défoncée.

Quelques soins que vous ayez apportés dans les pansements, avec quelque minutie que vous ayez procédé au nettoyage de la plaie, il n'est pas invraisemblable d'admettre qu'un mince débris d'os, qu'une esquille ait pu demeurer intérieurement inaperçue et causer, par sa préprésence sous le crâne ressoudé, les désordres dont nous avons eu à constater la permanence...

Le docteur Monguyon écoutait son jeune confrère avec une attention soutenue :

— Et vous voulez?... s'écria-t-il.

— Vous m'avez compris.

Je veux, au moyen de la trépanation, une rondelle de la boîte osseuse étant enlevée à l'aide de l'instrument que voici, regarder à l'intérieur de ce crâne, et s'il existe, comme je le crois, comme c'est ma conviction, une esquille, l'enlever..

— Et?...

— Ai-je besoin de vous dire la suite?...

Le cerveau n'étant plus comprimé recouvrera sur-le-champ ses facultés...

Dominique parlera. . . . .

A l'entrée des trois hommes dans sa chambre, il (Dominique) ne tourna pas la tête ; pas un muscle en lui ne tressaillit ; il ne sembla pas avoir entendu.

Rien n'existait pour lui.

Pour lui le monde était mort.

— A l'œuvre! dit Jacques.

— Vous êtes bien décidé?... murmura faiblement le docteur Monguyon, ébauchant ainsi une dernière opposition.

Jacques ne répondit pas.

Il s'était déjà débarrassé de son pardessus, et les instruments de sa trousse, grande ouverte, étincelaient sur la table.

— Une éponge, de l'eau, des serviettes, commanda-t-il.

Le jardinier s'empressa d'apporter les objets demandés.

Jacques s'était armé d'un rasoir et abattait les rares cheveux de Dominique, de façon que la cicatrice apparût bien visible.

On distinguait aisément maintenant l'endroit où le crâne s'était enfoncé sous les coups répétés de l'assassin.

— C'est là, dit Jacques.

Il s'empara du trépan.

Dans tous ses gestes, il y avait une décision rapide.

Le docteur Monguyon, heureux au fond de ne servir là que d'aide à l'opérateur, se chargea de tenir fortement la tête de Dominique.

Celui ci ne paraissait aucunement s'apercevoir de ce qu'on faisait sur sa personne.

Il demeurait inerte, sans regard.

Il ne parut même éprouver aucune souffrance, lorsque son sang coula.

Jacques, au moyen d'une incision cruciale, avait divisé la peau et les tissus sous-cutanés ; puis, relevant le péricrâne, préalablement détaché à l'aide d'une spatule, il avait disséqué les lambeaux de façon à mettre l'os du crâne absolument à nu.

Le docteur Monguyon était fort pâle. Quant au jardinier, resté debout au fond de la chambre, ses dents claquaient, et les mains jointes, il balbutiait des choses confuses, peut-être des prières.

Puis Jacques saisit le trépan et se mit à le faire mouvoir avec prudence en même temps qu'avec force.

Deux ou trois fois, Jacques fut forcé de s'arrêter pour nettoyer *avec une petite brosse* la couronne du trépan.

Son front ruisselait de sueur.

— Reposez-vous, lui dit le docteur Monguyon qui lui-même aurait eu évidemment besoin d'un peu de repos.

— Non!... non!...

Le disque osseux qu'il se proposait d'enlever avait été presque complètement détaché par le trépan.

Jacques s'arma du tire-fond pour le détacher tout-à-fait ; le disque enlevé, du pus suinta.

Le docteur Monguyon eut la force de dire :

— Cette collection de pus aurait pu suffire à elle seule pour déterminer l'amnésie...

Pourtant le vieil intendant restait toujours immobile, comme absent.

Alors, Jacques prit *une forte loupe* et, penché, explora d'un regard fiévreux ce cerveau que l'afflux régulier du sang faisait palpiter sous ses yeux.

Il se passa là deux ou trois de ces minutes qui sont des siècles d'angoisses et d'agonie.

Enfin, Jacques se redressa disant, avec l'accent du triomphe, mais d'une voix que l'émotion faisait trembler :

— Je vois l'esquille!...

— Vous la voyez? dit le docteur Monguyon tout tremblant.

— Oui... une pince!...

Le docteur lui donna ce qu'il demandait.

Jacques chercha, fouilla.

Encore une minute...

Il murmura sourdement :

— Je la tiens!...

Et, pendant qu'il retirait au bout de la pince un très mince fragment d'os, *à peine long de deux millimètres*, quelque chose de foudroyant se produisit.

Comme si fussent tombées d'un seul coup les chaînes invisibles qui liaient inexorablement ses membres et son

intelligence, Dominique, repoussant le docteur Monguyon stupéfait, se dressa.

Un flot de sang empourpra ses joues.

Une lueur s'alluma dans son regard.

Sa bouche, depuis de longs mois fermée, s'ouvrit et jeta ce cri :

— A l'assassin !..

Au moment précis où l'esquille que Jacques venait d'enlever avait cessé de comprimer les lobes de son cerveau, Dominique avait recouvré, avec une instantanéité presque miraculeuse, l'intelligence et la mémoire.

Mais tout le temps qui s'était écoulé depuis la nuit du 9 décembre n'ayant pas existé pour lui, il se retrouvait au moment juste où, accouru pour défendre son maître, il était tombé à son tour sous les coups du meurtrier.

Aussi son premier cri fut-il une exclamation d'épouvante :

— A l'assassin!

Son premier geste fut pour fuir.

Mais il se vit entouré de visages inconnus, dans une chambre qui ne lui était pas familière.

Il recula, une expression de terreur profonde sur ses traits.

— Dominique ! cria le jardinier.

— Où suis-je ? demanda le vieillard en promenant autour de lui ses regards égarés.

C'est pourtant bien vrai ; je n'ai pas rêvé ; je saigne!...

Sa main se portait machinalement à la blessure béante de son crâne.

Il cria :

— Mon maître !... mon pauvre maître !...

— Hélas ! dit le docteur Monguyon, incapable de maîtriser son émotion, il est mort!...

— Mort!... fit Dominique chancelant... Mort !...

Je n'ai pu le défendre !...

Je n'ai pu le sauver !...

— Non! s'écria Jacques en s'élançant pour soutenir le vieux serviteur ; mais vous pouvez le venger !...

— Le venger ?...

— Oui...

Vous connaissez l'assassin ? Vous l'avez vu ?...

— Si je l'ai vu! cria Dominique dont la physionomie respira la haine.

— Son nom ?

— Son nom !... Vous ne le savez pas ?...

— Non ! Dites-le !

— Mais, c'est le neveu !... Sorandal !...

— Ah ! je savais bien ! cria Jacques triomphant.

— Grand Dieu! bégaya le docteur Monguyon, effaré, pris d'une sorte de vertige.

Dominique, debout, répéta :

— Sorandal !...

En un instant Jacques se fut rendu maître de l'agitation indescriptible qui faisait battre à se briser son cœur dans sa poitrine.

Il se tourna vers le jardinier, demanda :

— M. de Sorandal est au château en ce moment ?

— Oui, monsieur ; je l'ai vu rentrer.

— Lui ! cria Dominique.

— Allons! venez ! dit Jacques, pâle et résolu.

— Quoi ! Vous voulez ? fit le docteur Monguyon.

— Oui !

Je veux mettre sans retard l'accusateur en face du meurtrier.

Je veux que justice soit faite.

— Mais ce malheureux n'aura jamais la force!...

— Il l'aura...

Dominique, voulez-vous venger le duc ?

— Oui! oui! répondit le vieil intendant dont les yeux lançaient des éclairs.

— Venez ! répéta Jacques.

Il saisit par un bras Dominique ; le jardinier prit l'autre ; le docteur Monguyon suivit.

Ils descendirent l'escalier et se dirigèrent vers le château.

....

Les suites furent simples ! beau succès, n'est-ce pas ?

(*Un médecin qui lit les feuilletons.*)

MOTS DE LA FIN

Le Dr X... est pour ses clients de la sévérité la plus rigoureuse ; jamais il ne fait de concessions, dit une de ses clientes.
— Pardon, répond une amie ; il en fait quelquefois, mais ce sont des concessions à perpétuité. (*Marseille Médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Nous avons l'honneur d'informer MM. les Médecins qui ont l'intention d'assister au **XIVe Congrès international de médecine** de Madrid, que les Compagnies suivantes ont accordé des réductions sur le prix des billets en faveur des membres du Congrès :

Chemin de fer du Nord de l'Espagne...... Chemin de fer de Madrid à Zaragoza et Alicante............................	50 pour cent
Compagnie Transatlantique (espagnole)...	33 pour cent
Chemins de fer français (Est, Midi, Nord, Ouest, P.-L.-M., Etat et Orléans)	50 pour cent
Navigazione Generale Italiana, Compagnies de navigation « Puglia », « Napolitana » et « Siciliana » (nourriture exclue).....	50 pour cent

On fera connaître les réponses des autres Compagnies au fur et à mesure qu'elles parviendront au Comité exécutif du Congrès.

Les « Voyages Pratiques », 9, rue de Rome, Paris (agen-

ces et correspondants à Bordeaux, Bruxelles, Londres, Marseille, Naples, New-York, Strasbourg, Toulouse, Zurich, Milan, etc.) s'occupent gratuitement de tout ce qui concerne les voyages, renseignements pour l'obtention des billets, excursions, etc.

Le « Service des Logements » à Madrid est installé en permanence et c'est à lui directement qu'il faut s'adresser (Bureau des Logements, Faculté de Médecine, Madrid).

Tous ceux qui désireraient recevoir le programme préliminaire du Congrès, pourront le demander soit au Comité national de leur pays, soit au Secrétariat général à Madrid.

On rappelle que toutes les communications qui devront figurer au programme définitif, devront être annoncées au Secrétariat général avant le 1er janvier 1903.

Plusieurs demandes sont parvenues au Comité exécutif au sujet de l'extension de l'art. II du règlement qui parle de l'admission, comme membres du Congrès, de toutes les personnes étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique : il va sans dire que cet article s'étend seulement aux professions et sciences ayant une certaine affinité avec la science médicale.

Les adhésions et cotisations (30 pesetas ou 23-25 francs, selon les oscillations du change) peuvent être adressées aux Comités nationaux, ou bien au Secrétariat général à Madrid.

Le **Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique** se tiendra, à Rome, du 15 au 21 septembre 1902.

Le prix des cotisations est de 25 francs. Les dames et les membres des familles des Congressistes seront admis moyennant une cotisation de 10 francs. Les Chemins de fer italiens font aux Congressistes une réduction de 50 0/0. Pour obtenir cette réduction, il faut s'adresser à M. le docteur Micheli, vià Rosella, 127, Rome. Le programme des fêtes sera publié sous peu. Un voyage en Sicile est projeté, mais n'est pas encore décidé.

Pour tous renseignements, on peut s'adresser à M. le docteur Jayle, 232, boulevard Saint-Germain, Paris, VIe, secrétaire du Congrès pour la France.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Association amicale des Internes et anciens Internes en médecine des Hôpitaux de Lille.

Le Concours annuel pour les prix de l'Internat, institués par l'**Association des anciens Internes**, a eu lieu le 22 juillet 1902, à l'hôpital de la Charité.

Le prix de médecine a été attribué à M. Brassart ; le prix de chirurgie à M. Trampont.

Le jury de médecine était composé de MM. Surmont, président ; Hochstetter et Jacqmarcq, juges.

Le mémoire remis par M. Brassart avait pour titre : *Quelques cas d'œdème chronique.*

La question écrite était : *Pleurésie interlobaire, symptômes et diagnostic.*

L'épreuve clinique portait sur un sujet atteint de « maladie de Friedreich ».

Le Jury de Chirurgie était composé de MM. Le Fort, président ; Caumartin et Drucbert, juges.

M. Trampont avait remis au jury un mémoire intitulé : *Des hernies intersigmoïdes.*

La question écrite traitait : *Du diagnostic et du traitement des fractures de la base du crâne.* »

L'épreuve clinique comportait un malade atteint d'*Épithélioma jugal grave avec propagation ganglionnaire.*

Les membres du jury ont apprécié à leur valeur les qualités des concours et ont été heureux de proposer comme lauréats à l'Association des anciens internes, leurs jeunes camarades MM. Brassart et Trampont.

Notre Carnet

Le docteur Georges Raviart, d'Armentières (Nord), nous fait part de la naissance de son fils Georges. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

— Nous apprenons avec le plus grand plaisir que notre excellent collaborateur le docteur Oui, est père d'une petite fille, Madeleine. Nous lui adressons à cette occasion nos plus sympathiques souhaits pour Madame Oui et pour la fillette.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MM. les professeurs Fournier et Farabeuf sont mis à la retraite et nommés professeurs honoraires.

FACULTÉS & ÉCOLES DE MÉDECINE

Bordeaux. — MM. les docteurs Cassaët et Denucé, agrégés libres, sont rappelés à l'exercice pendant l'année scolaire 1902-1903.

Lyon. — M. le docteur Patel est nommé chef de clinique chirurgicale.

Montpellier. — M. le docteur Bertin-Sans, professeur d'hygiène, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

Caen. — M. le docteur Fayel-Deslongrais, professeur de physiologie, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

— M. le docteur Vigot est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux de physiologie.

Limoges. — M. Gusse, professeur de physique, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

Marseille. — Sont nommés chefs de clinique : MM. les docteurs Olmer (*clinique médicale*) ; Riss (*clinique chirurgicale* ; Dumon (*clinique obstétricale*).

Rennes. — M. le docteur Perrin de la Touche, professeur d'histologie, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite Ecole.

Tours. — M. le docteur WOLFF, professeur de physique, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. BARNSBY, nommé directeur honoraire.

— M. PITARD, docteur ès-sciences, est chargé du cours d'histoire naturelle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Par décret, l'Académie de médecine est autorisée à accepter, aux clauses et conditions imposées, la donation d'une somme de 38.000 francs faite à son profit par M. le docteur O.-M. LANNELONGUE, pour les arrérages être affectés à la fondation d'un prix triennal.

Distinctions honorifiques

Sont nommés dans l'Ordre de la **Légion d'honneur** : *Officier*, M. le docteur NEUMANN (de Paris); *Chevalier*, M. le docteur ESTOR, médecin militaire.

La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après désignées :

Médaille d'argent. — M. le docteur FONTOYNONT (de Tananarive); *Médaille de bronze*, M. le docteur DEMARQUE, externe des hôpitaux de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Diagnostic gynécologique, organes génitaux et mamelle, par le docteur CLADO, chef des travaux de gynécologie à l'Hôtel-Dieu, ancien chef de clinique à la faculté. A. Maloine, éditeur, 1 volume in-18 de 840 pages avec 109 figures : 6 francs.

L'étude pratique du diagnostic gynécologique, établie sur une étude raisonnée des symptômes et sur la discussion approfondie de leur valeur respective, tel est le but qu'a poursuivi l'auteur de cet ouvrage. Celui-ci est donc non seulement un exposé pur et simple du diagnostic, mais aussi un exposé clinique de chaque maladie. L'auteur s'est d'ailleurs attaché à suivre l'évolution et les variations symptomatiques de l'affection, de manière à ce qu'on puisse diagnostiquer celle-ci à ses différentes phases, et en déduire le pronostic. Ajoutons qu'outre les éléments recueillis au lit de la malade, il a eu soin de mettre au service du diagnostic tous ceux que pouvaient fournir l'histologie, la bactériologie et, même, dans les cas où cela est nécessaire, l'anatomie pathologique.

Le docteur Clado, dans son traité de diagnostic, a eu l'heureuse idée de réunir les affections de la mamelle à celles des organes génitaux.

Les praticiens et les étudiants trouveront donc une réelle utilité dans la lecture de cet ouvrage, le premier de ce genre consacré aux affections gynécologiques. Ils y trouveront groupées de la façon la plus claire et la plus méthodique, à côté de nombreux croquis d'après nature, toutes les notions qu'ils auront sans cesse besoin de connaître.

OUVRAGES REÇUS

— **La vie en prison**, par le docteur Ch. PERRIER, Lyon, *Storck*, 1902.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

34e SEMAINE, DU 17 AU 23 AOUT 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	10	6
3 mois à un an	13	8
1 an à 2 ans	»	4
2 à 5 ans	7	5
5 à 10 ans	1	2
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	4	6
40 à 60 ans	9	4
60 à 80 ans	6	6
80 ans et au-dessus	1	2
Total	52	44

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	1	»	»	»	»	1	6	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	1	»	»	»	1	1	»	»	1	»	2	»	»	3	»	»	»	»	»	1	10	9
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	»	»	2	»	»	»	»	»	2	8	15
Wazemmes, 36,782 hab.	8	»	»	»	»	»	»	1	»	1	5	»	»	»	»	»	»	»	»	4	19	21
Vauban, 20,381 hab.		»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	4	3
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	» 1	»	»	»	»	1	»	»	2	»	5	»	1	2	»	»	1	3	»	4	20	12
Esquermes 11,381 hab.	2	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	7	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	2	4	2
Fives, 24,191 hab.	1	1	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	5	10	15
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	»	»	»	»	»	»	2	6	5
Total	13	1	»	»	2	2	»	3	3	2	23	»	»	12	2	»	1	4	»	28	96	99

Lille.— Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc.

Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 295. Sixième Année. N° 36 Le Numéro : **10** centimes. 7 Septembre 1902

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La Prostitution à Lille

Par le docteur **Patoir,** professeur agrégé à la Faculté de Médecine

CHAPITRE 1er. — Prostituées inscrites

(Suite)

§ 3. — LE CONTRÔLE SANITAIRE

L'inscription sur les registres de la police entraîne pour la fille publique l'obligation de se soumettre aux mesures sanitaires qui sont édictées par le Règlement sur la Police des mœurs.

Chaque ville possède un Règlement qui lui est particulier et qui peut différer de celui d'une ville voisine. On aurait pu croire qu'au point de vue du contrôle sanitaire, du moins, certaines dispositions générales fussent applicables à toutes les villes de France dépassant un certain chiffre de population. Il n'en est rien. C'est par un règlement de police municipale et purement municipale que le maire de la ville décrète d'abord qu'il y a lieu de procéder à l'inscription des prostituées et ensuite quelles sont les mesures sanitaires à prendre vis-à-vis d'elles. Si bien qu'en fait une ville est libre, non seulement d'organiser son service des mœurs comme elle l'entend, mais encore de n'en pas organiser du tout, si, par hasard, sa municipalité se trouve être abolitionniste. De cette disposition découle de suite une conséquence fâcheuse que je ne veux pas tarder à signaler, d'autant plus que nous en avons l'exemple immédiat sous les yeux. Lille a un règlement sur la police des mœurs et Roubaix n'en a pas, ni Tourcoing non plus, je pense (1). A Lille la vie est dure — policièrement parlant — aux prostituées ; Roubaix et Tourcoing, en revanche, où nul tracas policier ne les attend, leur sont des séjours de dilection. Aussi ne sera-t-on pas surpris d'apprendre que les prostituées qui viennent à Lille travailler quotidiennement habitent Roubaix et Tourcoing. Elles deviennent Lilloises l'après-midi et le soir parce que Lille est une ville de ressources et qu'il est profitable d'y avoir boutique, surtout le mercredi ; mais en commerçantes avisées qui n'aiment pas qu'on vérifie trop l'état des marchandises, elles élisent domicile là où il n'y a pas d'inspecteurs curieux. Un train les amène vers le soir, un autre les remporte vers les heures du matin. La liberté vaut bien cette petite dépense. En réalité, ce sont des concurrentes déloyales pour les commerçantes de la ville et elles fraudent la patente sanitaire.

Il y a dans cette différence de réglementation entre

(1) Du moins en ce qui concerne les prostituées isolées.

des villes contiguës un danger qui saute aux yeux. Lille a beau avoir des règlements intérieurs aussi parfaits que possible, si Roubaix continue à y déverser ses femmes contaminées, ces règlements ne servent à rien, le système est vicié dès le principe.

Comme il est impossible d'empêcher les femmes d'entrer en ville et qu'il est plus difficile de les épurer que les eaux de l'Espierre, la seule réforme logique serait que toute ville dont la population dépasse un certain chiffre fût forcée, par une mesure d'ordre général, d'organiser un service de mœurs. Peut-être y aurait-il avantage, en effet, à ce que la réglementation fût non pas municipale mais nationale, et que les mesures sanitaires à prendre fussent partout les mêmes.

Quoi qu'il en soit, à Lille, les filles publiques « sont tenues de subir deux fois par semaine, le mardi et le vendredi, la visite sanitaire, opérée par les médecins municipaux. Cette visite a lieu, pour les filles de maison, dans l'établissement même auquel elles sont attachées ; pour les filles isolées, au dispensaire de la ville, situé boulevard du Maréchal-Vaillant ». (Art. 26 du règlement).

On a vu dans les paragraphes précédents qu'aucune femme, qu'il s'agisse d'une femme en maison ou d'une isolée, n'est inscrite comme prostituée sans subir au préalable une visite médicale. Saine, elle peut exercer son métier de suite ; malade, elle est tenue, avant d'entrer en fonctions, de faire un stage à l'hôpital jusqu'à disparition des accidents en cours.

Ce n'est qu'une fois en exercice qu'elle est prise par le roulement bi-hebdomadaire des visites.

Dans les maisons de tolérance, la visite est faite par un seul médecin : « mais ces maisons sont divisées en trois groupes et leur visite alterne de manière à ce que le même médecin ne visite jamais deux fois de suite le même groupe » (art. 28 du règlement). Ce qui veut dire, si j'ai bien compris, que trois médecins font le même jour la visite dans trois groupes différents et changent de groupe à la visite suivante. Nous verrons que cet article n'est pas appliqué et qu'il n'y a pas lieu de se féliciter de l'avoir laissé tomber en désuétude. A l'heure actuelle, en effet, un médecin fait, soit le mardi, soit le vendredi, à lui seul, la visite de tous les établissements de la rue de l'A.B.C et de la rue du Frénelet. Et alors ou bien il faut qu'il consacre à la visite un temps triple de celui qu'il mettrait à visiter un groupe ne comprenant que le tiers des maisons ou bien il faut qu'il aille trois fois plus vite pour examiner chaque femme, ce qui n'est pas indifférent pour la valeur médicale de l'examen.

Dans sa visite, le médecin est toujours accompagné par un délégué du Commissaire central qui est un agent de police. Celui-ci fait l'appel des femmes qui sont examinées une à une. L'état indicatif des filles à visiter « est signé par le médecin de service après qu'il y a consigné le résultat de sa visite. »

En principe le règlement porte que « l'heure des visites dans les maisons de tolérance est combinée entre les médecins et le commissaire central. Elles doivent être toutefois terminées à deux heures de l'après-midi (Art. 26). Donc les visites pourraient se faire à l'heure qui conviendrait aux médecins et cette heure pourrait varier d'une visite à l'autre. Les médecins, sauf de très rares et toutes récentes exceptions, n'ont pas usé de cette latitude et les visites se font très régulièrement à 10 heures et demie le mardi et le vendredi. Aussi les femmes ne manquent pas de s'y préparer.

C'est également à 10 heures et demie et aux mêmes jours que se fait la visite des filles isolées, boulevard du Maréchal-Vaillant. « Deux médecins assistent simultanément aux visites du Dispensaire (Art. 28). » « Les filles sont tenues de présenter leur livret au moment de la visite » dont le résultat est consigné par le médecin (Art. 30).

En tout, « six docteurs en médecine désignés par le maire » sur la proposition de l'office sanitaire « sont chargés du service sanitaire des filles publiques. Ils reçoivent de la ville un traitement annuel et ne doivent percevoir aucune autre rétribution » (article 28).

A l'heure actuelle le service se partage entre les six médecins de la façon suivante : deux d'entre eux font la visite dans les maisons publiques, l'un, le mardi, l'autre le vendredi ; chacun d'eux voit donc en une seule séance toutes les filles de maison, contrairement à l'article 28 du règlement que j'ai signalé, il y a quelques lignes. Les quatre autres médecins sont affectés au dispensaire ; ils se sont divisés en deux groupes de deux, un de ces groupes opérant le mardi, l'autre le vendredi. Enfin un des six médecins est à la disposition du commissaire central pour examiner au commissariat les femmes surprises en train d'exercer la prostitution clandestine, celles qui vont figurer sur les registres de la prostitution réglementée ou qui veulent entrer en maison.

Il s'établit chaque mois entre les médecins un roulement qui fait que chaque médecin passe successivement un mois au service des maisons, deux mois au service du dispensaire et ainsi de suite. De plus il est appelé un mois sur six à faire le service au commissariat.

Pour en finir avec les dispositions purement réglementaires, rappelons qu'il a quelques années « une taxe d'un franc était payée par les maisons de tolérance par chaque visite et pour chacune des pensionnaires » (art. 29). Cette disposition, qui ne manquait pas d'être onéreuse, est abrogée actuellement. Elle n'existe plus que pour les visites d'entrée et de sortie qui, je pense, sont cotées trois francs.

J'appellerai plus volontiers l'attention sur l'art. 31 dont voici la teneur ; « Indépendamment des visites périodiques, il pourra en être fait de spéciales, toutes les fois qu'une femme sera soupçonnée de maladie. Ces visites seront faites par un seul des médecins en exercice sur réquisition de la police ». Je ne crois pas qu'on ait souvent recours à ces visites facultatives. Pourtant comprises largement, elles auraient du bon. Elles permettraient de faire une visite sanitaire certains jours autres que les jours réglementaires et sans que les femmes s'y attendent, ce qui est un point important pour la facilité du diagnostic. C'est ainsi que la visite faite un matin de fête pourrait éviter des contaminations possibles aux clients du soir toujours plus nombreux les jours de liesse.

Quand les femmes, à quelque catégorie qu'elles appartiennent (1) « sont reconnues atteintes de maladies contagieuses » (lisez vénériennes), elles sont envoyées immédiatement à l'hôpital Saint-Sauveur ; elles y restent en traitement jusqu'à ce que leur sortie soit ordonnée par les médecins de cet établissement. *Dans aucun cas, elles ne peuvent se faire traiter à domicile.* »

Avant 1897 et depuis une époque assez lointaine, le service des filles publiques en traitement à l'hôpital était rattaché au service général des maladies cutanées et vénériennes, et les soins médicaux étaient donnés aux femmes par le chef de ce service. Les femmes n'occupent un pavillon séparé que depuis 1886.

Actuellement le service des filles publiques est un service autonome. Il lui a été affecté, dans les dépendances de Saint-Sauveur un pavillon qui, officiellement, s'appelle « Service municipal des Filles publiques syphilitiques » et que la tradition continue à appeler Saint-Côme, du nom de la salle qui était jadis affectée aux femmes.

(1) Même non inscrites si elles se livrent à la prostitution clandestine.

L'organisation de ce Pavillon repose sur une convention passée entre la ville et l'Administration des Hospices de Lille. Il a été bâti à frais communs par la ville et l'Administration, mais il reste la propriété de l'Administration et est régi par elle. La ville, outre la part qu'elle a prise à la construction du bâtiment, verse pour chaque pensionnaire et pour chaque journée la somme de 2 fr. 62. Cette somme lui est remboursée par la tenancière s'il s'agit d'une femme de maison. Moyennant cette redevance, l'Administration se charge des frais que comporte le séjour des femmes à l'hôpital : nourriture, médicaments, soins médicaux, instruments, matériel, etc.

Le pavillon comporte 20 lits alors que l'ancienne salle Saint-Côme en avait 34. Cela paraîtra assez illogique si l'on considère que la population de Lille s'est accrue considérablement depuis 20 ans et que la prostitution et les maladies vénériennes n'y ont pas diminué. Toutefois il est juste d'ajouter que, même réduit à 20 lits, le pavillon est rarement au complet. Quand on songe que Lille a 220.000 habitants, que cette ville est au centre d'une population qui, pour l'arrondissement seul, s'élève à 700.000 habitants et qu'en somme Lille reste, pour la région, le rendez-vous des gens qui veulent prendre du plaisir, on se rend compte et avec la plus grande évidence que l'immense majorité des prostituées passent à travers les mailles du filet policier qui ne retient que les femmes assez peu intelligentes pour s'y laisser prendre.

Le service médical de Saint-Côme est assuré par un médecin nommé au concours pour trois ans et pouvant être prorogé dans ses fonctions par une décision de la Commission des Hospices.

A ce médecin était adjoint un interne. Actuellement, par suite de modifications apportées dans la répartition des internes, St-Côme ne comporte plus pour ainsi dire qu'une moitié d'interne. En effet l'interne chargé du service des filles publiques est également chargé de celui des enfants diphtériques, les deux pavillons n'étant pas très éloignés l'un de l'autre. Il y a bien en plus, à St-Côme, une place d'externe, mais sauf une année, cette place est restée sans titulaire. Cette pénurie dans le personnel entraîne un inconvé-

nient : la difficulté de pratiquer la moindre petite intervention, surtout si elle nécessite le chloroforme, sans avoir recours à des personnes étrangères au service. Or, le règlement des hôpitaux porte que les services privés dont est St-Côme ne peuvent servir à l'enseignement clinique. Conséquence : l'introduction de personnes étrangères au service y est interdite (1). Il y a entre le règlement et les nécessités du service une antinomie qui ne peut disparaître qu'en laissant sommeiller doucement l'article en question... à moins qu'on ne mette le personnel médical sur le pied qu'il devrait comporter : un interne entier et un ou même deux externes !

L'article qui fait de St-Côme un service fermé est justifié par ce fait que ce Pavillon en réalité est l'analogue d'une prison ou plutôt d'une infirmerie de prison. La femme n'y vient pas de son plein gré ; elle y est amenée par la police,et quand le médecin l'autorise à sortir, elle est reprise à sa sortie par la police qui procède pour elle à une sorte de levée d'écrou. Ce n'est que quand cette formalité est remplie que la femme est vraiment libre. Saint-Côme n'est pas absolument analogue à Saint-Lazare, qui est une prison ; il est l'analogue de la partie médicale, de l'Infirmerie de Saint-Lazare. C'est à ce titre et comme les services médicaux de Saint-Lazare que Saint-Côme peut être considéré comme un service fermé ; on n'y entre pas plus que dans une prison !

En somme la prostituée inscrite, isolée ou femme de maison, examinée à son entrée dans la carrière, visitée deux fois la semaine, hospitalisée dès qu'elle est reconnue malade et relâchée seulement dès que les accidents vénériens sont disparus, présente-t-elle toutes les garanties sanitaires qu'on peut attendre d'elle ? Il est évident qu'en théorie et au point de vue administratif, il est difficile de faire mieux, et quand on pense qu'à Paris la visite sanitaire a lieu seulement deux fois par mois on sent qu'à ce point de vue tout au moins la province est supérieure à Paris.

Toutefois il ne faudrait pas croire que la visite bi-hebdomadaire même, faite dans des conditions parfaites, mettent complètement à l'abri des contaminations, car il y a place dans les quatre jours qui séparent le vendredi du mardi pour l'apparition d'une blennorrhagie, d'un chancre mou et même d'un chancre syphilitique. Mais, dans la mesure du possible, elles réduisent au minimum les chances de contamination. Théoriquement, tel devrait être le résultat des mesures sanitaires appliquées à Lille. En pratique en est-il ainsi ?

Pour montrer qu'il y a loin de la théorie à la pratique, je vais prendre un exemple qui, pour mon compte, est convaincant : Il passe dans les maisons publiques lilloises 220 femmes environ par an (statistique des dernières années), soit 110 en six mois. Or, le registre des entrées de Saint-Côme porte que pendant six mois — de février à août 1901, période prise au hasard —, il est entré dans le service 70 femmes qui se décomposent ainsi : Prostituées clandestines : 47 ; Prostituées isolées : 21 ; *Femmes de maison* : 2. Ainsi, sur 110 femmes qui ont fait un stage plus ou moins long dans les maisons de prostitution de Lille, deux seulement ont été reconnues malades et elles viennent du même numéro de la rue du Frénelet. Et cette période ne fait pas exception. Dans les quatre ans qui ont précédé, les proportions entre les femmes des différentes catégories sont sensiblement les mêmes. Il faut reconnaître que la visite d'entrée écarte déjà nombre de brebis galeuses, que, de plus, beaucoup de femmes de maison n'étant pas bien jeunes, doivent avoir la syphilis depuis longtemps et sont ainsi à l'abri des accidents à récidives fréquentes.

Mais toutes ne sont pas vieilles, et sont plus près de vingt ans que de trente, et il est vraisemblable que quelques-unes prennent la syphilis à Lille comme d'autres l'ont prise ailleurs. En admettant même que par un hasard invraisemblable toutes les femmes aient eu la syphilis avant de passer par les maisons lilloises, est-ce que cela les mettrait à l'abri de la chancrelle, des végétations et surtout de la blennorrhagie, sans compter les érosions herpétiques et traumatiques qui, chez une prostituée, sont toujours suspectes et doivent par conséquent la faire retirer du commerce courant ?

Eh bien ! étant donné la proportion considérable des vénériens qui existent à Lille comme dans toute grande ville, étant donné le nombre de rapports que peut avoir journellement une femme de maison moyennement achalandée, je pose la question suivante à ceux qui ont quelque compétence en la matière : Est-il vraisemblable que dans les conditions où elles vivent, sur une moyenne de 110 femmes, deux seulement aient été contaminées en six mois ? Cela n'est pas seulement invraisemblable, illogique et

(1) Il paraîtrait qu'une femme a le droit de refuser de comparaître à la visite dès qu'elle y constate la présence de visages étrangers : Le fait s'est présenté récemment.

contraire à toutes les données de la statistique, mais cela est impossible !

Si l'on admet cette conclusion, force est de reconnaître que le système sanitaire pratiqué à Lille a ses défauts.

On a vu qu'au point de vue administratif et policier tout est parfaitement réglé. Une femme ne peut échapper à l'examen d'entrée, non plus qu'aux visites suivantes : ce n'est donc pas de ce côté-là qu'il faut chercher.

Et, en effet, c'est au moment de la visite qu'une femme malade peut échapper à l'hôpital. Cette affirmation va paraître au premier abord improbable, mais il suffit qu'on réfléchisse aux conditions dans lesquelles se pratique la visite pour se rendre compte qu'elle est rigoureusement exacte.

Je continue à prendre pour type la femme de maison parce qu'il est plus facile de la suivre dans les différentes étapes de sa vie de prostituée. Ce que je vais dire d'elle s'applique, d'ailleurs, à peu de chose près, à la prostituée isolée. Cela dit, je prie le lecteur, de songer dans quel milieu opère le médecin chargé de la visite. Il est en présence de femmes qui, par goût et par intérêt, ne tiennent pas à être hospitalisées et qui feront tout pour le tromper et en présence d'une tenancière dont l'intérêt, à elle aussi, est d'éviter à sa pensionnaire la coûteuse hospitalisation (c'est la patronne qui paie, qu'on se le rappelle !). Elles sont donc d'accord pour, si j'ose dire, mettre le médecin dedans. Ce sont des femmes expérimentées, la pensionnaire n'en est pas à sa première blennorrhagie, et si par hasard elle est novice, Madame lui apprendra vite les ficelles du métier, les trucs et, pour tout dire en un mot, l'art de maquiller un vagin. Elles savent très bien qu'il est bon d'uriner avant la visite et qu'ainsi il ne restera rien ou si peu de l'uréthrite qui existe ; elles connaissent comment, par une pression savante, on vide une glande de Bartholin de sa goutte de pus ; elles n'ignorent pas non plus qu'une injection légèrement astringente ramène au rose pâle un vagin enflammé et rouge. Et enfin, s'il reste au niveau du col une mucosité rebelle et trop adhérente, d'un tour de main elles mouchent le museau de tanche et les culs-de-sacs : cela s'appelle le *coup du foulard* et est connu de tous les spécialistes. Qu'on sache aussi que Madame manie souvent le spéculum d'une main habile et qu'elle emploie avec dextérité le crayon de nitrate. (Elle cause même parfois quelques dégâts et c'est notre revanche !) Et alors qu'on s'étonne que le médecin le plus scrupuleux, le plus sagace, soit parfois embarrassé à trouver quelque chose là où il n'y a plus rien. D'autant plus que l'interrogatoire de la femme sera inutile : les réponses sont toujours négatives. Au régiment on carotte pour être reconnu, ici, pour ne pas l'être : admirable antithèse et propre aux réflexions philosophiques !

On n'a rien tenté d'ailleurs pour réduire ces fraudes au minimum. On croirait même qu'on y encourage tacitement les femmes. Les femmes, en effet, savent que la visite se fera le mardi et le vendredi, qu'elle commencera à dix heures et demie. Très probablement connaissent-elles l'ordre dans lequel elle s'effectue et peuvent-elles prévoir à quelques minutes près, le moment exact où elles monteront sur la *bascule*, autrement dit la table à spéculum ! Aussi je m'imagine le grand branle-bas de cuvettes et d'injecteurs qu'il y a dans les douze maisons de Lille, le mardi et le vendredi matin. Et quand l'heure de la visite arrive, on présente au médecin un vagin d'une propreté et d'une netteté à défier la loupe. A vrai dire, une telle propreté, recommandable en soi, devrait être suspecte : elle manque trop de la lubréfaction habituelle. Mais peut-on reprocher à une femme d'être trop propre ?

Aussi pourquoi ne pas user de l'article 26 du règlement qui dit « que l'heure des visites dans les maisons de tolérance est combinée entre les médecins et le commissaire central ». Tout récemment un médecin a essayé le système, il est arrivé à huit heures du matin, a surpris les femmes au débotté et a pu diagnostiquer une ou deux blennorrhagies qui, en d'autres circonstances, eussent peut-être passé inaperçues.

L'heure fixe de la visite, qui est une chose forcée au Dispensaire, puisqu'on y fait venir les filles isolées, y a moins d'inconvénients que dans les maisons : car il faut que les femmes viennent de chez elles et leur propreté est de date moins fraîche — qu'on soit persuadé néanmoins qu'elles ne négligent pas le coup du foulard toujours facile à pratiquer. Toutefois la facilité moins grande des isolées à se nettoyer immédiatement avant la visite entraîne un résultat : tandis que pour 110 femmes, les maisons n'ont envoyé en six mois à Saint-Côme que deux pensionnaires, les isolées qui sont 180 environ à Lille, y sont venues au nombre de 21. Je sais que les isolées sont réellement moins soigneuses de leur personne que les femmes de maison et qu'elles sont par conséquent plus sujettes

à des écoulements abondants; mais je conserve néanmoins l'impression que la façon dont la visite est passée compte pour quelque chose dans le nombre relativement considérable des isolées reconnues malades.

Non seulement il serait bon de changer les heures de visite, mais, pour déjouer dans la mesure du possible, les fraudes de ces dames, l'Administration, ou plutôt le commissaire central, chef de ce service, pourrait, usant très largement de l'article 31, s'entendre avec le médecin pour changer le jour de la visite ou intercaler une visite spéciale entre deux visites périodiques. Il est vraisemblable, qu'arrivant ainsi à l'improviste, le médecin aurait plus de facilité à diagnostiquer si telle femme est malade ou non.

Mais même placé dans d'excellentes conditions, bien éclairé, et devant une femme non préparée, il n'est pas toujours facile de faire un diagnostic. Je ne parle pas seulement de la blennorrhagie qui, sauf dans les cas aigus relativement rares, est toujours une affection difficile à dépister, mais aussi ces petites érosions si fréquentes chez la femme et qui se cachent si bien dans les replis des caroncules myrtiformes et de l'entrée du vagin, et j'ose ajouter qu'un chancre mou ou un chancre infectant de dimensions parfois assez grandes peut échapper à un œil même exercé si l'examen n'est pas très complet. Le nombre des chancres, qui chez la femme, passent inaperçus non seulement à la femme elle-même, mais aussi au médecin qui se borne à un examen rapide, est relativement considérable : cette proposition ne surprendra aucun de ceux qui ont l'habitude de ces sortes d'examens.

Le diagnostic d'une lésion vénérienne, quelle qu'elle soit, n'est donc pas toujours facile, même si l'on suppose le médecin placé dans de bonnes conditions et disposant de tout son temps. En est-il ainsi pour les médecins qui examinent les femmes en maison ou au Dispensaire ?

On vient de voir que tout est tenté pour le tromper et que cette tentative de fraude est favorisée par ce fait que les femmes connaissent d'avance l'heure de la visite. A cela s'ajoutent deux autres conditions mauvaises dont l'une dépend du local où se pratique la visite et l'autre de la façon dont elle se fait. La première est le mauvais éclairage des maisons de prostitution : Pas de bon examen gynécologique sans un bon éclairage ! Et nul n'ignore que les rues étroites de l' A. B. C. et du Frénelet ne doivent pas tirer grande lumière des hauts murs qui les enclosent. Les visites au dispensaire ont au moins sur les visites en maison cet avantage qu'on y voit clair : et c'est encore une raison qui explique la différence des chiffres de la statistique que j'ai donnée plus haut !

Quant à la façon dont la visite se fait, les conditions sont égales pour les isolées et pour les cloîtrées. Suivons donc une visite. Le médecin chargé du service des maisons arrive à dix heures et demie dans le premier numéro.

Il faut que les femmes descendent, qu'elles s'installent : temps perdu pour l'examen ! Il faut que le médecin aille d'une maison à l'autre et qu'après avoir vu la rue du Frénelet, il court à la rue de l' A. B. C. : nouveau temps qui ne compte pas. Et il doit voir de 50 à 60 femmes ! S'il tient à ne pas déjeuner dans les heures de l'après-midi, il faut qu'il aille vite, très vite, tellement vite qu'il n'a pas le temps de passer le spéculum ! ! Alors que reste-t-il de la visite ? Un coup d'œil jeté à la vulve, un salut aux alentours et c'est tout ! Au dispensaire les médecins sont deux, mais le nombre des femmes est triple : il faut aller plus vite encore.

Or, pour examiner la vulve, le vagin, l'anus, la bouche et les mains d'une femme, pour ne parler que des endroits par où elle est le plus contagieux, il faut un temps minimum difficile à évaluer mais fort appréciable surtout si l'on y fait figurer les déplacements divers. Si bien qu'en commençant à 10 heures et demie un médecin ne serait pas loin de l'heure réglementaire de 2 heures au moment où il aurait fini : ce serait un travail excessif ! Aussi croira-t-on sans peine qu'au Dispensaire comme en maison, le spéculum est un mythe : on ne s'en sert pas !

Le résultat de cette rapidité dans la visite, le voici : Je ne veux pas citer de fait se passant à Lille ; l'exemple suivant nous vient d'une autre ville, mais comme l'erreur résulte d'un examen trop rapide et par suite incomplet, il peut servir quand même à illustrer la démonstration. Une femme est venue à Saint-Côme, il y a quelques mois, avec une destruction complète de la voûte palatine, de l'effondrement des os du nez et de l'ozène naturellement, deux ulcérations de la lèvre supérieure : le portrait de Pangloss dans Candide et encore Pangloss n'avait-il point de perforation sans quoi il n'eût pas été si bavard ! Cette femme venait tout simplement demander à entrer en maison

à Lille et c'est à la visite d'entrée que le médecin s'est aperçu de tout cet écroulement, Or, elle sortait depuis quelques jours d'un bordel de la région. Certes la voûte palatine s'effondre vite et sans bruit ; mais enfin on y voit quelque chose avant ! Les accidents tertiaires, d'après PROFETA, ne sont pas contagieux. Heureusement ! car s'ils l'avaient été !... Qu'on se dise que si de tels dégâts passent inaperçus combien moins encore verra-t-on la petite et terrible plaque muqueuse !

Et elle n'est pas vue parce qu'on manque du temps matériel pour examiner la femme et qu'on a oublié d'inspecter la bouche.

Il n'est pas question, bien entendu, de demander au médecin un diagnostic précis qui importe peu en l'espèce et qui se fera plus tard, à loisir. Mais les conséquences d'une méprise peuvent être si graves qu'on peut demander au médecin chargé de ce service quelque compétence en vénéréologie. Malheureusement, s'il est vrai que la syphilis est une maladie des plus communes (elle faisait vers 1878 à Paris 5.000 nouvelles victimes tous les ans et ce nombre n'a pas diminué, au contraire) (1), elle est aussi une de celles que le public médical connaît le moins. La pathologie la montre à l'origine de nombreuses maladies ; elle est un des piliers de la morbidité humaine. Et pourtant combien de médecins ont vu assez de chancres et de roséoles, ont assez de foi dans leurs connaissances en syphiligraphie pour imposer avec autorité au client qui passe, un diagnostic pourtant capital dans la vie ? « Il est évident, dit M. FOURNIER (2), qu'actuellement le public médical ne connaît qu'imparfaitement les maladies vénériennes parce qu'elles ne font pas partie des branches obligatoires aux examens. »

Or, dans le choix que fait l'Office sanitaire lillois des médecins qui doivent être chargés du service sanitaire des filles publiques, quel est le criterium qui fera reconnaître un médecin compétent d'un autre qui ne l'est pas ? Lui demande-t-on si dans son éducation médicale il a été particulièrement tenu compte de la vénéréologie, s'il a été interne ou externe dans des services spéciaux ? Lui fait-on subir un concours pour s'assurer de ses connaissances en la matière ? Non, c'est un poste qu'on donne comme celui de médecin de l'état civil. Constater un décès ou diagnostiquer un chancre infectant, qu'importe !

Il est bien entendu que je parle du système du recrutement et que je n'entends faire aucune personnalité. Le système me paraît mauvais et je le dis indépendamment de toute considération sur la valeur professionnelle des médecins qui ont occupé ou occupent ce poste.

La fonction de médecin des filles publiques étant spéciale, son recrutement doit être spécialisé. Cela s'impose quand on tient compte des difficultés de l'examen, difficultés augmentées par sa rapidité même et par la duplicité des femmes.

Je pense avoir montré en prenant comme exemple les femmes de maison, qu'il y avait des fuites dans le contrôle sanitaire exercé sur les prostituées lilloises, que ces fuites se produisaient au moment de la visite médicale et qu'en résumé elles tiennent aux causes suivantes :

1° La duplicité des femmes qui cherchent à échapper à l'hôpital ;

2° La fixité des heures et des jours de visite qui permettent aux femmes de se préparer ;

3° La difficulté du diagnostic des affections vénériennes chez la femme ;

4° La rapidité de l'examen ;

5° Et enfin le système du recrutement des médecins qui n'exige d'eux aucune compétence particulière.

Tous ces défauts de la cuirasse sanitaire ne peuvent-ils être corrigés ?

Il est certain qu'on n'empêchera pas les femmes de jouer à cache-cache avec le médecin. Mais on peut les mettre dans de telles conditions que leurs manœuvres soient déjouées et cela en changeant les jours et les heures de visite, ce qui ne paraît pas impossible. On pourrait également s'arranger pour que l'examen, du moins dans les maisons, soit fait moins hâtivement en en revenant tout simplement au règlement qui porte que « ces maisons sont divisées en trois groupes ». On visite, en effet, de façon fort satisfaisantes, vingt femmes en une heure et très mal 60 femmes en une heure et demie. La chose serait moins aisée pour les filles isolées. Mais ne pourrait-on aussi les diviser en groupes et étendre jusqu'à elles l'article 28 qui ne s'applique qu'aux femmes de maison.

Enfin, bien que le diagnostic reste dans certains cas toujours difficile, il le deviendrait moins à l'œil de

(1) MAURICE. — Syphilis primitives et syphilis secondaire. Troisième leçon, Paris 1890.

(2) FOURNIER. Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis, etc. Bruxelles, 1899.

médecins exercés. Ou bien l'Office sanitaire devrait exiger des candidats à la fonction de médecin des filles publiques des titres tels que ceux d'internes ou d'externes dans un service de vénéréologie ou bien il devrait établir un concours. Le concours, malgré ses défauts, est peut-être le système le plus simple et le plus pratique, ne fut-ce qu'en raison de la préparation qu'il exige.

On peut penser qu'avec ces modifications qui sont faciles à apporter au Règlement, Lille aurait, quant à la prostitution réglementée, un système sanitaire sinon parfait, du moins aussi bon que possible.

Je voudrais, avant de terminer, dire un mot de cette phrase que j'ai soulignée dans l'article 30 : « Dans aucun cas, elles (les filles) ne peuvent se faire traiter à domicile. » Interdit-on aux filles syphilitiques sans accidents de continuer en ville un traitement commencé à l'hôpital et même d'aller demander conseil à un médecin ? Ainsi interprétée, cette défense irait à l'encontre du but voulu par le législateur. On ne peut, au contraire, trop engager les filles à continuer le traitement en dehors de l'hôpital ; c'est la seule façon de les garantir contre des récidives trop fréquentes. Il devrait même y avoir adjoint au service de Saint-Côme non pas à proprement parler une consultation, mais plutôt un bureau chargé de donner gratuitement aux filles les médicaments nécessaires : beaucoup cessent de se traiter faute d'argent et reviennent à Saint-Côme où elles coûtent 2 fr. 60 chaque jour à la ville. Tout compte fait, la ville y gagnerait encore à leur distribuer des médicaments : le protoiodure et le sublimé sont à si bon marché ! Une autre méthode plus parfaite encore serait que toute fille syphilique reçût à une des deux visites hebdomadaires sa piqûre d'huile grise ou de toute autre solution jugée utile. Et si l'on trouve que les médecins du Dispensaire ont un service déjà chargé, qu'on oblige ces filles à passer à l'hôpital ou à un autre endroit qu'on leur indiquerait. Quelle économie de santé et d'argent on tirerait de cette simple mesure !

Il faut donc encourager la femme syphilitique à se soigner *préventivement* dehors et même l'y aider. Mais — et cela c'est l'autre face de la phrase en question — une femme qui présente des accidents ne peut pas se faire traiter à domicile. Son métier l'oblige à avoir des rapports journaliers et il ne faut point compter que la femme se les interdira parce qu'elle malade. Donc dès qu'elle présente un accident elle doit être hospitalisée. Cette défense qui s'applique à la femme n'intéresse en rien le médecin qu'elle consultera, à moins que ce médecin ne soit chargé du service sanitaire, auquel cas cette défense l'oblige également. On comprendra, sans que j'y insiste, tous les inconvénients qui se présenteraient si un médecin passait outre à cette défense purement morale, d'ailleurs. Et les filles ont vite fait d'accuser l'imprudent de s'être laissé corrompre par celles qui peuvent le payer : cette accusation, je l'ai entendue porter ; elle n'a rien de flatteur pour la profession.

Après avoir vu ce qu'est à Lille la prostitution réglementée, étudié les moyens dont on dispose pour la rendre inoffensive au point de vue sanitaire et montré le parti insuffisant qu'on tirait de ces moyens, j'ai indiqué les quelques modifications qui, à mon sens, pouvaient agir heureusement et amener la réglementation (sans l'aggraver), à rendre tous les services qu'elle est susceptible de rendre.

Mais qu'on sache bien que même porté à la perfection, le contrôle sanitaire qui peut rendre des services, a un rôle prophylactique limité. Il y a à cela plusieurs raisons. Une de celles qui est intéressante à signaler, c'est que le traitement des affections vénériennes est un traitement toujours difficile (du moins en ce qui concerne la plus fréquente de ces maladies, la blennorrhagie), toujours long (qu'on songe à la syphilis), et qu'en réalité à l'hôpital nous ne guérissons pas les femmes, nous les blanchissons seulement. Une prostituée touchée par la blennorrhagie, à moins qu'il s'agisse d'une blennorrhagie aiguë et toute récente, est une femme destinée à rester infectée pour le reste de sa vie génitale. Quand on pense qu'en ville où l'on a affaire à des malades sinon toujours dociles, du moins désireuses de se soigner, la moindre métrite du col demande des mois de traitement et de repos, sans compter les interventions chirurgicales possibles, quand on pense que pour guérir une bartholinite même minime, nous n'avons pas d'autre moyen que d'enlever la glande de Bartholin, qu'après celle de gauche ce sera celle de droite, et qu'une femme guérie au prix d'opérations plus ou moins douloureuses sera, de par son métier, réinfectée huit jours après et que ce sera toujours ainsi, on sent bien que pour empêcher une prostituée d'avoir des gonocoques, il faudrait l'avoir constamment sous clef ; heureusement les gonocoques vivent souvent en saprophytes dans le fond d'une glande ; ils dorment.

C'est vrai qu'ils se réveillent de temps en temps! Nous sommes donc impuissants à guérir la blennorrhagie et je sais qu'il en est de Saint-Lazare comme de Saint-Côme : on les blanchit! Quant à la syphilis, nous y sommes plus heureux et nous pouvons beaucoup plus. Mais il y a de si petites lésions et pourtant dangereuses qu'on ne voit pas et cela pendant trois, quatre ans et plus!

Conclusion : Ne demandons pas à la réglementation plus qu'elle ne peut donner; il est des choses qu'elle ne peut atteindre ni modifier : c'est la nature d'une maladie, sa durée et sa résistance au traitement. Dans les limites où elle s'exerce, elle est utile, mais elle ne va pas loin : car outre la raison toute médicale que je viens de développer, il y en a une autre beaucoup plus grave : la réglementation n'atteint qu'un nombre infime de prostituées. Il y a en dehors d'elle la prostitution clandestine.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Essai de séméiologie urinaire, par C. VIEILLARD, *Société d'éditions scientifiques*, Paris, 1902.

L'urologie prend chaque jour une place plus importante en séméiologie. Sa technique, simplifiée et suffisamment exacte, est maintenant à la portée du praticien qui ne se contente plus comme autrefois des indications fournies par la quantité et la densité de l'urine, par le chiffre de l'urée, de l'acide urique, des chlorures, de l'acide phosphorique, et par la présence de l'albumine ou du sucre. Tous ont entre les mains d'excellents manuels où les procédés de recherche et de dosage des éléments urinaires sont décrits avec une précision et une simplicité qui permettent de les exécuter avec un minimum d'installation et de temps. D'autre part, les chimistes et les pharmaciens sont à mesure de fournir au médecin des analyses fort complètes où figurent l'azote total, les différents soufres urinaires, le détail des principes inorganiques, etc. Mais la difficulté commence quand il s'agit d'interpréter les résultats de ces analyses et d'en extraire les indications séméiologiques nécessaires.

Avec une bonne analyse d'urine, cependant on peut lire en quelque sorte dans la nutrition et dans ses actes si multiples et savoir comment le malade s'alimente, assimile et désassimile. On peut mesurer non seulement les actes généraux des échanges organiques, mais encore les activités particulières de la plupart des organes, de même qu'à l'inspection des cendres d'un foyer, on juge de la nature du combustible et de l'intensité de la combustion.

L'azote total de l'urine correspond à la quantité totale de matières albuminoïdes consommées par l'organisme. L'azote de l'urée correspond seulement aux matières albuminoïdes qui ont accompli dans le cycle vital leur maximum d'évolution ou d'utilisation. L'azote de l'acide urique représente le résidu des échanges des matières albuminoïdes nucléiniques et collagènes.

Le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total, ou *coefficient d'utilisation azotée*, mesure la valeur de la désassimilation azotée totale et le degré d'évolution atteint par les albuminoïdes désassimilés.

Le rapport des matières minérales à la totalité du résidu fixe, ou *coefficient de déminéralisation*, s'élève au-dessus de sa normale de 30 °/ₒ ; si l'excès n'est pas dû aux chlorures, mais aux autres éléments minéraux de l'urine, la déminéralisation porte plutôt sur les protoplasmas.

Le rapport de l'acide sulfurique conjugué à l'acide sulfurique total mesure le taux des fermentations et des putréfactions que les matières albuminoïdes subissent dans l'organisme et surtout dans l'intestin.

Le rapport du soufre incomplètement oxydé avec l'acide sulfurique total, ou *coefficient d'oxydation du soufre*, est en relation avec l'activité hépatique. Il augmente quand celle-ci s'accroît et diminue dans les insuffisances; aussi pourrait-il être dénommé *coefficient de l'activité hépatique*.

Tous ces exemples suffisent pour bien indiquer la manière dont on peut utiliser l'urologie et l'importance des signes qu'une analyse bien interprétée met en lumière. La symptomatologie ordinaire révèle les troubles de la nutrition lorsque ceux-ci ont déjà plus ou moins modifié le fonctionnement et, parfois même, l'état anatomique des organes en cause; tandis que la séméiologie urinaire extériorise en quelque sorte ces troubles dès leur apparition, à une époque où la thérapeutique a sur eux plus de prise qu'elle n'en possède sur des variations nutritives définitivement acquises, dont la persistance finit par créer des lésions matérielles dans les organes. Elle permet d'opposer la thérapeutique pleine d'espérances des lésions fonctionnelles — si l'on peut associer ces deux mots contradictoires — à la thérapeutique incertaine ou illusoire des lésions organiques constituées.

Le livre de M. Vieillard condense un grand nombre de notions jusqu'ici éparses dans des mémoires originaux et est appelé à rendre aux médecins le très grand service de les éclairer sur les ressources qu'ils doivent tirer de la séméiologie urinaire.

Aussi, cette œuvre utile aura certainement auprès du public médical le succès qu'elle mérite.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Les empoisonnements par le sérum antidiphtérique

Devant le tribunal de Milan, viennent de comparaître les docteurs Belfanti et Zenoni, le premier, directeur de l'Institut sérothérapique, le second, préparateur du sérum audit Institut. Tous deux sont accusés d'homicides par imprudence.

Voici les faits : A la suite d'injections de sérum provenant de l'Institut milanais, douze enfants, tant à Milan qu'en province, moururent du tétanos ; quantité d'autres enfants furent gravement atteints et sauvés à grand'peine.

L'enquête démontra que les flacons de sérum contenaient

des bacilles du tétanos, fait plausible, l'Institut sérothérapique étant contigu à l'École vétérinaire, où existe un laboratoire bactériologique antitétanique.

Après les dépositions des nombreux témoins et les explications des experts, le ministère public a abandonné l'accusation d'empoisonnement contre les docteurs Belfanti et Zenoni.

La défense n'a plus eu à intervenir que pour rendre un hommage éclatant à la science et en particulier à la mémoire de Pasteur.

(*Journal Médical de Bruxelles*)

Crachoirs improvisés

En général, nous recommandons à nos malades en ville de cracher dans un petit récipient, bol, tasse ou verre facile à vider ou à nettoyer par l'ébullition. Un de mes malades, femme d'un bon gendarme, trouva plus pratique de cracher sur une feuille de papier assez épaisse et reposant sur une assiette creuse ; lorsqu'elle trouvait le papier assez encombré, elle le jetait au feu, évitant ainsi le répugnant contact d'un crachat visqueux collé au fond du récipient.

J'eus aussitôt l'idée de transformer cette feuille-crachoir en un récipient plus coquet et plus confortable, cachant davantage son contenu. Pour cela, je n'eus qu'à plier la feuille suivant la méthode qui sert à confectionner les cocottes en papier. Il n'est pas un écolier, tant soit peu espiègle, qui ne connaisse ce jeu qui, avec une feuille de papier pliée de certaine façon, amène à figurer une cocotte, une paire de salières, un bateau avec sa voile, un cadre pour glace ou chromo, etc., une des combinaisons est la caisse en papier.

Reposant sur une soucoupe, la petite caisse sera un excellent crachoir facile à désinfecter, à multiplier dans chaque pièce de l'appartement où circule le malade, à dissimuler sur une cheminée, une table, derrière un bibelot et surtout pas cher, ce qui n'est pas à dédaigner pour beaucoup de nos malades.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*).

Pourquoi le pouce n'a-t-il que deux phalanges?

Quand on fait mal ce qu'on doit faire
On s'en mord le pouce, dit-on.
C'est Adam, notre premier père,
Qui nous donna cette leçon :
Ce vieux gourmand après la pomme
Se mordit les pouces aussi ;
Et de père en fils, voilà comme
Nous avons ce doigt raccourci.

La composition du corps humain

Un chimiste vient de se livrer à une longue série d'expériences dans le but de déterminer la quantité exacte de chacun des éléments qui entrent dans la composition du corps humain. Il a trouvé, dit la Revue internationale de médecine et de chirurgie, de bien curieux résultats.

Tous les éléments chimiques constitutifs d'un homme du poids moyen de 68 k. sont représentés en substance dans le blanc et le jaune de 1.200 œufs ordinaires. Réduit à l'état fluide le même homme fournirait 98 m³ de gaz et assez d'hydrogène pour gonfler un ballon ayant une force ascensionnelle de 70 kg.

A l'état normal le corps contient suffisamment de fer pour en fabriquer 7 gros clous, assez de graisse pour en confectionner 6 kilogr. 1/2 de bougies, assez de carbone pour en faire 65 grosses de crayons et assez de phosphore pour en boutonner 820.000 allumettes. Enfin, il convient d'ajouter à ces divers ingrédients : 20 cuillerées à café de sel, 59 morceaux de sucre et 42 litres d'eau.

ALCOOLIA

Le docteur A.-M. Korowin, directeur d'un asile pour ébrieux à Moscou, en étudiant la consommation de l'alcool à Saint-Pétersbourg, Kasan et Moscou, a trouvé que le gouvernement de Moscou détenait le record. Au cours de dix années, 20.000 hommes et 5.000 femmes ont été en traitement dans les hôpitaux de Moscou pour les suites de leur ivrognerie.

(*Journal Médical de Bruxelles*)

MOTS DE LA FIN

Authentique.

Une femme se présente à l'hôpital de...

— Qu'avez-vous ? lui dit le médecin.

Hésitation de la malade.

— Rien de bien précis... répondit-elle... seulement je mange et je ne... digère pas.

Le médecin, brutal :

— Depuis combien de temps êtes-vous allée aux cabinets ?

Hésitation de la femme.

Le médecin éclate et d'une voix de tonnerre :

— Y avez-vous été depuis la guerre.

(*Lyon Médical*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le médecin qui, après avoir examiné un individu au point de vue mental, a instruit, comme délégué de l'administration, la demande d'internement, est tenu au secret professionnel s'il est appelé à déposer en justice.

Un point qui n'est pas sujet à controverse, c'est que l'obligation du secret professionnel est absolue pour le médecin et ne souffre aucune exception ; l'interdiction de révéler reste entière, même lorsque le médecin est appelé à déposer en justice en qualité de témoin. Mais un médecin qui, après avoir examiné un individu au point de vue

mental, a instruit, comme délégué de la préfecture, une demande d'internement et vérifié le mérite du certificat médical et du procès-verbal de police, peut-il, en justice, déposer sur les faits qu'il a appris en tant que médecin ? Telle est la question qu'avait à résoudre le tribunal correctionnel de Marseille, sur assignation de M. X... à la suite d'une demande en divorce que ce dernier avait fondée sur ce que son épouse, dans un but de cupidité, avait voulu le faire passer pour fou, demande qui avait donné lieu à une enquête au cours de laquelle M. le docteur Y... s'était expliqué avec détails sur tout ce qu'il avait appris ou observé concernant M. X...

Le tribunal relaxa notre confrère, en se basant sur ce que le sentiment de M. le docteur Y... touchant l'état mental de M. X... n'était un secret pour personne, puisque, celui-ci ayant été interné comme aliéné, cette mesure n'avait pu être prise que sur un rapport favorable du prévenu, médecin délégué de la préfecture.

Appel ayant été interjeté par M. X..., l'affaire est allée devant la Cour d'Aix qui a cassé le jugement de première instance et, vu l'article 378 du Code pénal prescrivant aux médecins de toujours garder pour eux les secrets dont leur profession les rend dépositaires, a condamné M. le docteur Y... en déclarant que « le prévenu ne s'est pas borné à reproduire l'avis qu'il avait émis dans son rapport, ce qui était déjà une indiscrétion coupable, mais y a beaucoup ajouté ; qu'il n'a rien caché, en outre, de ce qu'il avait vu et constaté comme médecin choisi par Mme X... (pour examiner son mari) et n'avait pas même craint de divulguer l'acte particulièrement répugnant dont celle-ci lui avait fait la confidence tardive et qui, par sa nature, commandait le secret, sans qu'il fût besoin d'une recommandation spéciale ». (*Semaine Médicale*)

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Par arrêtés ministériels en date du 24 juillet 1902, ont été nommés pour l'année scolaire 1902-1903 :

M. Ausset, agrégé, chargé du cours de thérapeutique.

M. Oui, agrégé, chargé du cours complémentaire d'accouchements.

M. Verdun, agrégé, chargé du cours de parasitologie pendant l'absence de M. Barrois, député.

M. Carrière, agrégé, chargé du cours complémentaire de clinique médicale des enfants et syphilis infantile.

M. Lambret, agrégé, chargé du cours complémentaire de médecine opératoire.

M. Fockeu, docteur en médecine, docteur ès-sciences, chargé d'un cours de botanique.

M. Phocas, agrégé libre, chargé d'un cours complémentaire de clinique chirurgicule des maladies des enfants.

M. Bédart, agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie.

M. Deléarde, agrégé, chef du laboratoire des cliniques.

M. Gérard, agrégé, chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques.

M. Vallée, agrégé, chef des travaux pratiques de pharmacie.

M. Fockeu, docteur en médecine, docteur ès-sciences, chef des travaux pratiques d'histoire naturelle.

M. Demeure, licencié ès-sciences, chef des travaux pratiques de physique.

M. Louis, docteur en médecine, pharmacien de 1re classe, chef des travaux pratiques de chimie minérale.

M. Sallerin, pharmacien de 1re classe, chef des travaux pratiques de chimie organique.

— Par arrêtés rectoraux en date du 30 juillet 1902, sont nommés pour l'année scolaire 1902-1903 :

M. Gaulard, professeur, chargé d'un cours de pratique obstétricale pour les élèves sages-femmes.

M. Oui, agrégé, chargé d'un cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes.

M. Gérard, agrégé, chargé d'un cours d'anatomie, physiologie et pathologie élémentaires pour les élèves sages-femmes.

M. Gaudier, agrégé, chargé d'un cours de laryngologie.

M. Vansteenberghe, docteur en médecine, chef des travaux pratiques de bactériologie.

M. Jouvenel, docteur en médecine, chef des travaux pratiques d'histologie.

M. Dubois, docteur en médecine, aide de clinique des voies urinaires et moniteur des travaux pratiques de physiologie.

M. Gallois, docteur en médecine, aide de clinique chirurgicale des maladies des enfants.

M. Gellé, étudiant en médecine, préparateur des travaux pratiques d'anatomie pathologique (à titre provisoire).

Sont prorogés dans leurs fonctions pour la durée de l'année scolaire 1902-1903.

MM. Ingelrans, chef de clinique médicale.
Le Fort, chef de clinique chirurgicale.
Drucbert, chef de clinique chirurgicale.

Notre Carnet

Notre collaborateur M. le docteur Ingelrans est, depuis quelques jours, père d'une fillette, Marie-Amélie. Nous lui adressons nos bien sincères félicitations et nos meilleurs souhaits pour la santé de Madame Ingelrans et de sa fille.

OUVRAGES REÇUS

— **Ueber rationelle Zusammensetzung und therapeutische Nerwendung der Mineral-Heilwasser und der Heilbader fiä Sommereuren**, par le docteur Jaworski, Vienne, 1902.

— **Rapport médical pour l'année 1901 sur les asiles publics d'aliénés de Quatre-Mares et de Saint-Yon (Seine-Inférieure)**, Rouen, Gy, 1902.

— **L'aphasie motrice**, par le docteur F. Bernheim, tiré à part de *La Parole*, 1901, Paris.

— **De la valeur comparative des procédés médicaux ou chirurgicaux et des exercices orthophoniques dans le traitement de certains vices de prononciation**, par le docteur Zünd-Burguet, tiré à part de *La Parole*, Paris, 1901.

— **Sur l'étiologie du stridulisme congénital chez l'enfant**, par le docteur Marcel Natier, tiré à part de *La Parole*, Paris, 1901.

— **Rectification de la parole et développement des restes auditifs chez un sourd-muet**, par le docteur Zünd-Burguet, tiré à part de *La Parole*, Paris, 1901.

— **Faux adénoïdisme par insuffisance respiratoire chez des névropathes; troubles de la voix parlée et chantée**, par le docteur Marcel Natier, tiré à part de *La Parole*, 1901, Paris.

— **Cures d'hiver dans les hautes montagnes**, par le professeur W. Erb, extrait du *Recueil de conférences de médecine clinique*, Leipzig, 1900.

— **Le diviseur vésical gradué**, par le docteur F. Cathelin, Paris, C. Naud, 1902.

— **Contribution à l'étude de l'élimination des chlorures alcalins dans la pneumonie fibrineuse**, par le professeur Bourget, de Lausanne, tiré à part du *Leyden-Fest-Schrift*, 1902.

— **Le traitement médical des inflammations du cœcum : typhlite, pérityphlite, appendicite**, par le docteur Bourget, de Lausanne, Egimann et Cie, Genève.

Nouveau procédé rapide pour l'analyse chimique de l'eau, par MM. les docteurs Pignet et Hue, Paris, Maloine, 1902.

— **Menton, analyse climatologique, topographie, climatologie, climatothérapie**, par le docteur F. Chiaïs, Menton, 1902.

— **Les thermes d'Enghien**, par MM. Lecomte-Denis, Hallé et le docteur Hélary, 1900.

— **Considérations générales sur l'hérédité nerveuse**, par le docteur V. Vedel, Montpellier, *Delord-Boehm*, 1902.

— **Experimentelle Grundlagen für klinische Versuche einer Serotherapie des Ulcus corneæ serpens nach Untersuchungen uber Pneumocokkenimmunitat**, par le docteur P. Römer, tiré à part des *Archives d'ophtalmologie de von Graefe*, 1902.

— **Betrachtungen uber Iodipin**, par le docteur Ernot Feibes, tiré à part de *Dermatologische Zeitschrift*, 1902.

— **Projet de réorganisation de l'enseignement théorique et pratique de la pharmacie**, par le docteur Ch. Blarez, Bordeaux, *Feret*, 1902.

— **Des opérations conservatrices dans la cure de l'inversion utérine puerpérale ancienne**, par le docteur M. Oui, extrait des *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, avril 1902.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

35e Semaine, du 24 au 30 Aout 1902

AGE DES PERSONNES DECÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	7
3 mois à un an	9	6
1 an à 2 ans	7	6
2 à 5 ans	1	4
5 à 10 ans	2	2
10 à 20 ans	2	4
20 à 40 ans	5	2
40 à 60 ans	7	2
60 à 80 ans	8	6
80 ans et au-dessus	2	1
Total	49	40

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	3	»	»	»	»	»	3	7	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	8	»	»	2	»	»	1	»	»	4	17	15
Moulins, 24,947 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	4	»	»	»	»	»	»	»	»	3	9	15
Wazemmes, 36,782 hab.	5	»	»	»	»	»	»	2	2	1	5	»	»	4	»	»	»	1	»	3	23	18
Vauban, 20,381 hab.		»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	3	7	7
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	1 1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	1	1	»	»	»	»	»	1	5	5
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	7
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	7	»	»	2	1	»	»	»	»	2	14	17
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2
Sud, 5,908 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	7
Total	10	1	»	»	»	1	»	2	5	1	30	»	»	15	1	»	1	4	»	21	89	108

N° 296. Sixième Année. N° 37 — Le Numéro : 10 centimes. — 14 Septembre 1902

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur

M. le professeur **H. Folet**

Corps étrangers métalliques dans les tissus et dans les cavités

Leçons recueillies par M. **Davrinche**, interne du service

I

MESSIEURS,

Depuis quelque temps, le hasard a rassemblé dans mes salles un certain nombre de malades porteurs de corps étrangers métalliques dans leur tissus (aiguilles ou projectiles) ; vous vous êtes peut-être étonnés que j'aie appliqué à ces blessés une thérapeutique plutôt expectante et que j'aie parfois semblé négliger un peu la présence d'un corps étranger dans leur organisme. Je vais vous expliquer ma conduite.

Tout d'abord je vous rappellerai sommairement l'histoire de ces malades.

Le premier est cet homme qui était couché au n° 12 de la salle Saint-Jean. Il s'était tiré un coup de révolver dans la région temporale droite et présentait surtout, quand il s'est offert à notre examen, une exophthalmie considérable du côté droit avec chémosis et épanchement sanguin dans la chambre antérieure ; la vision était complètement abolie de ce côté. Il y avait eu une hémorrhagie nasale assez abondante. Pas de coma, pas de paralysie, pas de troubles sensitifs. Je demandai l'avis de mon collègue M. le professeur BAUDRY qui, comme moi, se rangea à l'expectation. On fit des pansements antiseptiques très simples. La plaie, porte d'entrée de la balle, se cicatrisa très vite, l'exophthalmie diminua considérablement. Au bout d'une quinzaine de jours, comme il survenait de la kératite neuro-paralytique, qu'on pouvait craindre de l'ophthalmie sympathique et que du reste la vision était irrémédiablement perdue du côté lésé, on décida l'énucléation de l'œil. L'opération fut pratiquée dans mon service par M. BAUDRY ; et, quand la cavité de l'orbite fut vidée de son contenu, il fut impossible, en explorant avec le doigt, de découvrir la balle. On ne poursuivit pas cette recherche et le malade sortait complètement guéri trois semaines après, toujours porteur de son corps étranger (1).

La deuxième malade est cette femme qui, en cirant un parquet, s'était enfoncé une aiguille au

(1) J'ai rencontré ce malade plusieurs mois après sa sortie. Sa santé est toujours parfaite.

niveau de la paume de la main. La radiographie nous montra que l'aiguille était cachée dans le deuxième espace interosseux et parallèlement au troisième métacarpien. La malade, vous vous en souvenez, déclarait souffrir beaucoup ; ce qui m'étonnait, étant donnée la situation de l'aiguille. Elle réclamait l'intervention avec une insistance extrême. Après de nombreuses hésitations, nous nous décidâmes cependant à l'opérer, en nous guidant sur une radiographie faite la veille. Nous tombâmes sur l'aiguille; mais elle cassa pendant les tractions exercées sur elle, de sorte que nous ne pûmes en extraire qu'un fragment. Quant à la portion restante, il nous fut impossible de la ressaisir. La malade, peu satisfaite, désirait les jours suivants que l'on fît de nouvelles recherches. Mais, une dernière radiographie nous ayant montré que le corps étranger était couché tout contre le troisième métacarpien et devait être par conséquent très peu gênant, nous résolûmes d'attendre. Nous fîmes bien comme vous l'avez vu, puisque la malade souffrit de moins en moins et qu'aujourd'hui elle a pu reprendre son travail en conservant son fragment d'aiguille.

Notre troisième malade est cette jeune fille qui reçut de son amant une balle de revolver au niveau de la région occipitale. A aucun moment il n'y eut de symptômes nerveux ; mais la plaie, au lieu de se fermer, suppura, devint douloureuse et, quelque temps après, il se forma une collection purulente que l'on dut ouvrir largement. On découvrit la balle qui s'était incrustée dans l'occipital et on retira, en même temps qu'elle, une assez grosse mèche de cheveux. Ces cheveux, entraînés avec le projectile, étaient plus que suffisants pour expliquer l'absence de guérison spontanée et la formation d'une collection purulente.

Presque en même temps que cette dernière malade vous en avez vu une autre qui s'était tiré une balle de revolver dans la région temporale. On constatait un hématome intramusculaire assez considérable, mais il n'y avait aucune espèce de troubles ni moteurs ni sensitifs. Comme le revolver qui avait servi était une arme de pacotille d'une puissance très faible, nous supposâmes que le projectile n'avait pas traversé l'os et qu'il s'était logé dans les fibres du temporal; (d'où des douleurs assez vives dans les mouvements du maxillaire inférieur : mastication, phonation).Nous ne fîmes aucune recherche et, trois semaines après, l'hématome étant disparu et la plaie cicatrisée, la malade sortait complètement guérie et en gardant son projectile.

La dernière malade enfin dont j'ai à vous parler est cette jeune fille qui, en marchant pieds nus sur un tapis, s'était enfoncé une aiguille dans le pied. Elle nous arriva au bout de huit jours environ, après avoir subi de la part de son médecin d'inutiles tentatives d'extraction. Nous entourâmes d'abord de quelques fomentations antiseptiques la plaie opératoire faite avant l'entrée à l'hôpital et qui était assez douloureuse ; et quand celle-ci fut cicatrisée, la malade se trouva tout étonnée de pouvoir poser le pied à terre et marcher sans grande difficulté; bien qu'une radiographie récente eût révélé nettement la présence de l'aiguille. Elle sortit guérie sans avoir subi d'autre traitement.

Vous le voyez, messieurs, les corps métalliques accidentellement logés dans les muscles au pourtour des os, ou même incrustés dans les os, peuvent très bien ne révéler leur présence par aucun symptôme, permettre une guérison rapide de la plaie de pénétration et j'ajoute rester des années indéfiniment silencieux dans les tissus réparés autour d'eux ; tout comme les fils d'argent avec lesquels on va suturer des fragments d'os fracturés (rotule, fémur, os de l'avant-bras, etc.).

C'est Ambroise Paré qui, le premier, a établi la possibilité de cet enkystement indéfini des projectiles : « Aucunes fois les balles de plomb demeurent longtemps dedans les membres, sans y survenir aucun mauvais accident ni empêchement de consolider la playe ; ce que j'ay vu souvent advenir par longue espace de temps, comme sept ou huit ans et plus ».

Ce qui domine toute cette question d'enkystement, — et cela Paré ne pouvait le savoir, lui qui donne du fait des explications parfaitement oiseuses, — c'est l'asepsie du corps étranger. Quand celui-ci est stérile, sa présence n'empêche nullement la réunion par première intention ; s'il est septique, il provoque un phlegmon, comme ce fut le cas de notre troisième malade.

Il faut donc se garder du préjugé vulgaire sur la grande nocuité *per se* des projectiles ; et vous voyez le peu de cas que l'on doit faire du cliché traditionnel des journalistes rendant compte d'un drame au revolver : « La balle n'a pu être extraite ! » Il semble au

public que la recherche et l'extirpation du projectile soient les facteurs capitaux du traitement; que tout soit perdu s'il n'est point retiré. Eh bien, c'est une grosse erreur. Assurément, si la balle se présente à vous, si vous la sentez sous la peau, si son extraction est aisée, enlevez-la. Mais il est des cas nombreux où vous ne devrez pas même la trop chercher et où vous vous garderez de faire de longues explorations à l'aveuglette, susceptibles d'infecter une plaie qui ne demande qu'à se cicatriser.

Et la même règle est applicable aux pénétrations d'aiguille.

Il faudra encore s'abstenir si la radiographie nous montre le corps étranger dans une région profonde ou dangereuse, comme c'était le cas pour une jeune fille qui me fut amenée il y a quelques semaines par mon excellent confrère le Dr Bresselle (d'Oisy le-Verger). Cette jeune fille avait essuyé le feu d'un revolver, manié imprudemment devant elle. La balle, après avoir pénétré au-dessus de la clavicule,avait, par une chance miraculeuse, passé, *sans les léser*, auprès d'organes très importants comme la veine jugulaire, le pneumogastrique, le phrénique, etc., et était venue se placer en avant de l'articulation vertébrale de la troisième côte, où une très belle radiographie, faite par notre ami et collègue Bédart, nous la montra logée. Je jugeai que toute recherche serait dangereuse et pourrait faire beaucoup plus de mal que de bien. La jeune fille guérit sans aucun incident de cette blessure qui eût pu être instantanément mortelle. Elle conserve naturellement sa balle et la gardera, je l'espère, de longues années.

Je me suis encore abstenu, mais pas autant que je l aurais voulu, chez notre malade à l'aiguille dans la main. Là, en effet, il eût fallu, pour atteindre le fragment restant, disséquer la région profonde de la main, dénuder et récliner des tendons, léser des branches de l'arcade palmaire; et il y avait à craindre soit des hémorrhagies rebelles qu'il n'est jamais bon de provoquer quoique nous soyons beaucoup mieux armés contre elles qu'autrefois grâce à la méthode de l'élévation verticale des membres, soit, chose plus grave, des adhérences ultérieures des tendons rendant impossibles ou difficiles les mouvements des doigts et diminuant énormément la valeur physiologique et professionnelle de la main.

En résumé, quand un corps métallique, aiguille ou balle, a pénétré dans les masses musculaires, voire jusqu'aux plans osseux, et que vous ne le percevez pas à travers la peau, temporisez un peu, en couvrant la plaie d'entrée d'un pansement convenable. Si l'objet est sale, souillé, septique, vous aurez vite des accidents révélateurs : suppuration de la plaie, formation d'abcès. Dès lors tenir la plaie ouverte, inciser l'abcès, et aller à la recherche du corps étranger, cela va sans dire. Mais, si l'objet est propre, aseptique, la cicatrisation a des chances de se faire par dessus ; et il peut rester là indolore à perpétuité.

Cela se voit surtout quand il s'agit de corps ronds comme des grains de plomb ou de petites balles; j'en connais des dizaines d'exemples. Mais cela s'observe même quand il s'agit d'aiguilles pointues. Chez une de mes bonnes, une moitié d'aiguille enfoncée dans l'éminence thénar s'est placée contre le premier métacarpien et parallèlement à lui, et n'a jamais donné lieu au moindre accident, à la plus minime douleur. Si la tige pointue est *réellement* gênante et douloureuse, par implantation dans un tendon, par piqûre de la face profonde de la peau quand la partie vulnérée subit une pression quelconque (je dis *réellement*, car certains malades suggestionnés accusent des douleurs quasi imaginaires); alors de deux choses l'une : ou l'aiguille est située dans un point où il n'y a aucun inconvénient à aller la chercher, elle est en plein muscle par exemple ; et l'on n'hésitera point à l'enlever, sous le chloroforme s'il est nécessaire. Ou l'aiguille est fixée dans une région dont la dissection minutieuse (car il faut souvent disséquer assez largement), n'est pas sans inconvénients sérieux pour le présent ou pour l'avenir, en pleine paume de la main par exemple. En ce cas ne vous pressez pas trop, malgré les instances du patient. L'aiguille peut très bien se déplacer et aller en quelques semaines (ou quelques mois) se loger dans une région où elle deviendra indolore, ou bien où il sera facile et sans danger d'aller la cueillir. Je connais une femme chez laquelle un fragment d'aiguille fiché dans la région palmaire, et très douloureux, a fini par s'accoler à un métacarpien et demeure là silencieux depuis plusieurs années.

Cette migration des aiguilles est bien connue depuis longtemps. L'histoire des couturières qui, ayant l'habitude de ficher des aiguilles et des épingles sur leur corsage, s'enfoncent et se cassent dans le sein une aiguille qu'elles voient sortir un an plus tard au

niveau de l'épaule ou du bras, cette histoire est très réelle et assez fréquente. On a même parlé d'issues tardives par un point quelconque du corps d'aiguilles *avalées*. A l'époque lointaine où j'étais interne des hôpitaux de Paris, un de nos collègues, — qui n'est autre aujourd'hui que le professeur DIEULAFOY, — vint un jour nous chercher pendant le déjeuner pour nous montrer quelque chose d'extraordinaire : En pratiquant le toucher vaginal, il avait senti une pointe aiguë sortant d'une des lèvres du col de l'utérus. C'était une grosse aiguille à coudre qui fut retirée du tissu utérin où elle était aux trois quarts enfouie par son chas, et que la malade *prétendait* avoir avalée plusieurs années auparavant. Je n'ai pas besoin de vous dire qu'il faut toujours se défier des histoires de corps étrangers intra-génitaux. Même le voyage des aiguilles à travers la paroi du tube digestif jusqu'à une région moins bizarre du tégument externe, est bien difficile à concevoir. Mais la migration à travers les masses musculaires des membres et du tronc est parfaitement authentique et très compréhensible. Nous la connaissions depuis longtemps ; aujourd'hui la radiographie nous permet de la voir, de la suivre pas à pas.

Regardez ces belles épreuves dûes à mon ami le professeur CASTIAUX. Voyez-vous cette aiguille qui, ayant pénétré dans la plante du pied au niveau du gril métatarsien et perpendiculairement à lui, chemine et vous apparaît successivement au niveau du tarse, puis sur la face interne du calcanéum ? Moralité pratique : ne jamais faire de recherches d'extraction que si on possède une épreuve très récente faite la veille ou l'avant-veille. Si la radiographie remonte à une semaine, on s'expose à chercher le corps étranger là où il n'est plus et à revenir bredouille. Croyez-m'en ; cela m'est arrivé.

II

Cette conduite, — non pas systématiquement abstentionniste mais prudemment temporisatrice, — que je viens de vous exposer est très naturelle et très simple quand le corps étranger occupe les masses musculaires superficielles. On risque tout au plus un abcès qui vous mènera sur l'objet. Mais dans les plaies cavitaires, alors qu'un corps étranger, un projectile, a pénétré dans le crâne, dans le thorax, dans le ventre, le cas est tout autre et beaucoup plus embarrassant. Chez notre quatrième malade à la balle dans le muscle temporal, par exemple, la force de pénétration très faible de l'arme, l'absence de tout symptôme cérébral, me rendaient quasi certain de l'intégrité du crâne ; mais, si j'avais cru la pénétration possible, qu'eussé-je fait ?

Je dois avouer, Messieurs, que j'ai peut-être été suggestionné par quelques cas favorables que j'ai observés. J'ai en effet présentes à la mémoire plusieurs observations personnelles de projectiles restés dans le crâne durant de longues années sans donner d'accidents. Trois d'entre elles m'ont surtout frappé : La première est celle d'un individu qui, il y a quelque vingt-cinq ans, s'était tiré une balle à la tempe *droite*. On l'apporta à l'hôpital où le professeur PARISE, muni d'un stylet qu'il allongea en le montant sur une pince hémostatique, sonda la blessure. L'instrument explorateur s'enfonça tout entier dans la boîte crânienne, la traversa et vint heurter la face interne du temporal *gauche*, sans donner la sensation du contact du projectile. Le malade resta longtemps à l'hôpital, eut des accidents variés et graves, délire, coma, paralysies localisées, mais finit par guérir et sortit gardant sa balle. Trois ans après il revint nous voir dans le service, se portant admirablement bien et nous donna plus tard plusieurs fois de ses nouvelles. Qu'est-il devenu définitivement ? je ne sais.

Le second malade était un homme qu'on m'apporta un matin à l'hôpital avec une balle ayant pénétré dans le crâne. Le trou d'entrée se voyait très bien derrière l'apophyse orbitaire externe. Avec un stylet flambé et après lavage de l'orifice, je fis un examen prudent, comptant seulement explorer l'orifice osseux et voir s'il n'y avait pas d'esquilles enfoncées. Mon instrument s'enfonça pour ainsi dire tout seul, jusqu'à une profondeur de 8 ou 9 centimètres où il s'arrêta sur un obstacle qui donnait la sensation d'une membrane tendue et dépressible ; laquelle (je m'en rendis compte en ayant sous les yeux une base de crâne), ne pouvait être que la faux du cerveau. J'arrêtai là mon examen et fis faire des pansements antiseptiques sur la plaie dans laquelle je mis un bout de drain pénétrant d'un demi-centimètre dans l'orifice osseux. Il n'y eut pas de symptômes infectieux ni de paralysie ; mais durant plusieurs semaines le malade eut de très grands maux de tête ; la guérison fut lente mais survint cependant absolument complète au bout de quelques mois. Pendant plusieurs années je reçus régulièrement des nouvelles de mon malade qui continua à se bien porter.

Enfin une troisième observation remonte à 12 ans ; elle concerne un jeune homme de 18 ans qui, s'étant tiré un coup de revolver dans le crâne (orifice d'entrée osseux visible), eut des accidents immédiats de vomissements et de ralentissement extrême des battements du cœur. Je pensai que le projectile avait dû offenser les origines du pneumogastrique. La guérison fut obtenue sans aucune intervention. Depuis, le malade fit son service militaire et aujourd'hui encore il se porte parfaitement bien, exerce une profession libérale où il déploie une grande activité intellectuelle; il est marié et père de famille. Je le revois de temps à autre. Aucun symptôme.

C'est surtout dans le cas de balles s'enfonçant profondément que l'enkystement aseptique se produit ; et ce fait paradoxal est dû sans doute à ce fait que la balle s'essuie pendant la pénétration. CHIPAULT a fait à ce sujet des expériences bien curieuses. La balle arrive très souvent aseptique au but après son trajet aérien. Pourquoi ? L'explication en est malaisée, mais le fait existe. Une balle étant tirée directement dans un bloc de gélatine aseptique, la gélatine ne cultive généralement pas. Si immédiatement avant d'entrer dans la gélatine, le projectile a traversé un milieu souillé, (peau humaine, vêtement), la gélatine cultive, mais de moins en moins à mesure qu'on s'éloigne du point de pénétration et qu'on s'enfonce dans le bloc ; les portions situées à l'extrémité du trajet de la balle restent même complètement stériles. Et c'est ainsi qu'une balle, entraînant la matière septique de la peau ou des cheveux, s'essuie en traversant trois ou quatre centimètres de cerveau et peut s'enfouir dans la profondeur de l'encéphale où elle reste complètement inoffensive (au point de vue septique).

Comme conclusion pratique, de tout ceci il découle naturellement que l'on doit agrandir l'ouverture du projectile, la nettoyer, la débarrasser des esquilles, des cheveux, etc., en un mot, désinfecter et drainer la partie superficielle du trajet osseux, dure-mérien et cérébral.

Il est bien entendu que tout ne se passera pas toujours aussi bien que dans les cas heureux que je viens de vous rapporter. Parfois, trop souvent même, vous verrez des accidents se produire rapidement : coma, paralysie, qui vous amèneront à trépaner ; et alors ce sera très grave ; les malades meurent ordinairement vite dans ces conditions.

Mais voici le malade guéri, porteur d'un projectile dans son crâne. Est-il à jamais garanti de tous accidents tardifs ? Non. Je n'en ai pas vu pour ma part, mais un certain nombre de faits de ce genre ont été cités par TUFFIER, QUÉNU et d'autres auteurs. PÉRAIRE en a rapporté deux cas dans la *Revue de chirurgie* de juillet 1901 : dans le premier, le traumatisme remontait à 7 ans, dans l'autre, à 12 ans. Les malades présentaient des troubles cérébraux graves et l'on dut trépaner.

Il peut donc y avoir des accidents tardifs; cela est certain. Mais faut-il, par crainte de ces accidents, rares en somme, aller à la recherche du corps étranger, même quand le blessé guéri ne présente aucun symptôme ? Je ne le pense pas. Il est vrai que cette recherche des projectiles intra-cérébraux est devenue presque mathématique; grâce à l'appareil de CONTREMOULIN basé sur la détermination du siège du projectile par trois radiographies prises dans trois plans. Cette détermination est ensuite reportée au moyen de fils entrecroisés dans une sorte de bâtis construit pour chaque malade d'après un moulage en plâtre. Et la fixation précise est indiquée sur le crâne même du malade, au moment de l'opération, par une sorte de tige mobile, se mouvant sur un support à trépied dont les trois pieds sont posés sur trois points de repère préalablement marqués sur la peau du crâne.

... Je sens que vous ne comprenez absolument rien à la description que je vous fais là. C'est qu'il est impossible de donner à ceux qui ne l'ont pas vu, même avec un libellé très détaillé, voire avec des figures, une idée de l'appareil très ingénieux mais très compliqué de CONTREMOULIN. J'ajoute que le maniement en est extraordinairement délicat et qu'il n'y a guère que son inventeur qui s'en serve parfaitement bien, parce qu'il s'en sert souvent et met à chaque détermination le temps nécessaire, c'est-à-dire de très longues heures. Dans les mains de CONTREMOULIN par exemple, les résultats sont merveilleux. J'ai vu, sur son indication, un chirurgien des hôpitaux de Paris aller chercher dans le lobe pariétal, à une profondeur de 6 et de 4 centimètres, deux petits fragments métalliques gros l'un comme un noyau de cerise, l'autre comme un grain de blé. Mais on n'a pas partout et toujours sous la main CONTREMOULIN et son appareil, et j'avoue qu'en l'absence de cette aide précieuse, si j'avais eu dans mon service le malade que j'ai vu opérer par lui et qui n'avait

d'autre symptôme que des accès de céphalalgie, je me fusse abstenu de toute intervention.

III

Pour les plaies de poitrine aussi, il peut arriver que le projectile demeure silencieux quand il n'a pas déterminé d'accidents immédiats très graves. La première blessure d'arme à feu que j'ai eue à soigner tout au début de ma carrière chirurgicale, était celle d'une femme d'une soixantaine d'années, mère d'un armurier lillois très connu. Elle avait reçu dans le poumon droit une balle de revolver de gros calibre que l'on ne croyait pas chargé. Je ne me rappelle plus, à trente ans d'intervalle, les détails de ce qui se passa. Mais j'ai connu durant plus de dix ans par la suite cette dame guérie, et se portant fort bien, avec sa balle dans le thorax. Et ce ne fut point cette balle qui la fit mourir. J'ai rapporté d'autres exemples, en particulier dans une leçon que vous trouverez publiée dans les *Bulletins de la Société de Médecine du Nord*, 1895. Tenez en voici un que je résume :

Fernande D..., 32 ans, s'est tiré un coup de revolver calibre 6, à trois centimètres au-dessous du sein gauche. Elle voulait « tirer au cœur », mais elle a bénéficié de l'erreur très commune du public qui met le cœur beaucoup plus bas qu'il n'est. Plaie ronde et nette. Il y a eu pénétration dans la cavité pleurale et même dans le poumon, car il y a eu immédiatement des crachats sanglants ; de plus emphysème sous-cutané dans presque tout le côté gauche du thorax.
Aucune recherche. La plaie est lavée au sublimé puis remplie d'iodoforme. Pendant les 5 premiers jours oppression et point de côté ; mais la température est normale, toute hémoptysie a cessé, l'emphysème sous-cutané se résorbe. Au cinquième jour souffle et zone de submatité au sommet gauche en arrière ; 38°,2. Il y a eu là sans doute un petit épanchement pleural limité. La fièvre tombe deux jours plus tard, puis les autres signes s'amendent et disparaissent. La blessée sort guérie de l'hôpital 24 jours après son entrée.

Et voici quelles étaient sur la conduite à tenir mes conclusions qui me semblent toujours justes :

« Dans la plupart des cas de plaie pénétrante de » poitrine, l'expectation est indiquée au début, en » surveillant attentivement l'état local et surtout » l'état général du blessé. La constatation d'un épan- » chement gazo-liquide, d'un hydro ou hémopneumo- » thorax, ne suffit pas à elle seule pour vous faire » renoncer à cette expectation armée, car ces épan- » chements peuvent disparaître sans accidents. Mais » si des symptômes généraux surviennent, hyper- » thermie, gêne respiratoire marquée, petitesse et » fréquence du pouls ; inutile de temporiser et d'atten- » dre, comme on le fait souvent, la pleine purulence » de l'épanchement. Dès que vous serez bien con- » vaincu que du pus va se faire dans la cavité tho- » racique, qu'il s'en est fait déjà, il faut intervenir. » Et il est nécessaire alors que l'intervention soit » hardie. Ouvrez largement la poitrine au point » déclive de la cavité suppurante ; réséquez un ou » plusieurs segments de côtes, si c'est nécessaire, et » drainez le foyer. »

L'objectif de l'intervention est naturellement de traiter la pleurésie purulente beaucoup plus que d'extraire le projectile, que l'on a parfois trouvé dans le foyer suppurant.

IV

C'est incontestablement dans le ventre qu'il est le plus dangereux de recevoir du plomb. Autant pour tout ce qui précède je suis partisan d'une temporisation armée, autant ici je me déclare interventionniste systématique. Quand il s'agit de coup de feu dans l'abdomen, malgré les rares exemples que l'on peut citer de guérisons pontanée par l'immobilité et l'opium ; — j'en ai moi-même observé : plaie de la région épigastrique (balle perdue) avec craintes de lésions de l'estomac ; plaie de la vessie chez une femme chez laquelle un coup de revolver avait été intentionnellement tiré sur les organes génitaux, guérison sans que l'on ait pu savoir ce qu'était devenu le projectile (c'était avant les rayons X ;) — malgré tout cela, je ne vous conseillerai jamais d'attendre. Il faut laparotomiser le plus vite possible, le moins d'heures ou même de quarts d'heure que l'on peut après le traumatisme ; non pas, bien entendu pour chercher le projectile, mais pour constater les lésions presque fatales des organes abdominaux et surtout du tube digestif, et y remédier, le cas échéant. Si par hasard les viscères sont intacts, la laparotomie aseptiquement faite n'est pas grave par elle-même. S'ils sont blessés, vous n'avez chance de parer aux conséquences de ces blessures qu'en intervenant pour ainsi dire instantanément. L'intestin est-il perforé (et c'est là la lésion ordinaire), c'est tout de suite qu'il le faut le suturer ; quand les accidents de péritonite septique auront commencé, il sera trop tard. Je vous rappelle à ce sujet l'observation typique de Lambret, d'un malade entré un soir dans le service et ayant reçu une balle

Lebel dans le ventre. La laparotomie pratiquée deux heures après le traumatisme révéla neuf perforations intestinales qui furent fermées ; et le malade, après beaucoup de péripéties, guérit. On ne chercha pas la balle qui fut révélée après guérison par la radiographie ; je vous en présente une épreuve et vous pouvez voir vous même le projectile au niveau du sacrum, vers la grande échancrure sciatique. Le malade, parfaitement bien portant, conserve et conservera toute sa vie son projectile ; et ce n'est vraisemblablement pas cela qui le fera mourir. Mais si lors de l'accident on eût tardé jusqu'à la visite du lendemain à lui ouvrir le ventre, c'était un homme mort.

V

En résumé, Messieurs, dans les plaies cavitaires du crâne et du thorax, comme dans les plaies des membres, il ne faut pas sacrifier aux préjugés vulgaires sur la nocivité du projectile en lui-même et sur la nécessité de procéder à travers de graves dangers à sa recherche et à son extraction. Ici comme aux membres il sera plus profitable au malade de favoriser l'enkystement silencieux. Si l'on ne peut obtenir ce résultat, l'intervention sera indiquée, plutôt pour parer aux accidents, évacuer des collections purulentes, etc., que pour procéder à l'extraction même du corps métallique qui, d'ailleurs, peut s'éliminer avec les collections auxquelles on donne issue. Ces interventions secondaires sont souvent très graves.

En ce qui concerne les blessures abdominales, mes conclusions sont absolument différentes et la conduite à tenir sera radicalement opposée. Toute temporisation doit être écartée et l'intervention primitive, immédiate, érigée en système absolu ; non pour chercher le projectile, mais pour prévenir des accidents mortels, inévitables si l'on n'opère pas tout de suite.

Les fièvres au point de vue physiologique

Par Maurice **Arthus**

Les animaux supérieurs (mammifères, oiseaux) et l'homme en particulier, présentent une température interne constante, ou, pour parler plus exactement, présentent une température interne sensiblement constante, n'offrant que des variations faibles et d'ailleurs régulières dans le cours des 24 heures. La thermométrie de l'homme normal, on ne saurait trop le dire et le répéter, a deux caractères essentiels : la constance approximative de la température interne et les oscillations régulières de cette température.

Les fièvres sont des états pathologiques essentiellement caractérisés par des troubles de la thermométrie normale, portant en général sur ses deux éléments : valeur absolue de la température, et caractères de ses oscillations. Les causes et les conséquences physiologiques des fièvres peuvent être multiples ; leur nature physiologique est unique : je me propose en effet d'établir, dans cet article, que les fièvres résultent d'un déréglage de l'appareil thermo-régulateur dans tous les cas.

Avant d'aborder le fond même de cette question, il ne sera pas inutile de rappeler quelques notions physiologiques, auxquelles j'aurai à faire appel pour ma démonstration.

L'homme présente une température interne sensiblement constante, avec oscillations régulières, quelles que soient les variations de la température ambiante, quelles que soient les modifications de sa production de chaleur. C'est donc qu'il possède un mécanisme thermo-régulateur sans cesse en éveil pour parer aux dangers que peuvent faire courir à la constance de la température interne les conditions du moment présent. Cet appareil thermo-régulateur est constitué par un centre thermo-régulateur et par un ensemble de parties placées sous la dépendance de ce centre.

Le centre thermo régulateur est un ensemble d'éléments nerveux unis entre eux fonctionnellement, mais ne constituant pas une masse anatomique dissociable et disséquable ; ils sont au contraire disséminés, au milieu d'autres éléments nerveux appartenant à d'autres centres physiologiques, dans la plus grande partie de l'axe nerveux.

Les parties placées sous la dépendance de ce centre sont les organes producteurs et les organes déperditeurs de chaleur ; les organes producteurs de chaleur dont les principaux sont les muscles et le foie ; les organes déperditeurs de chaleur dont les principaux sont la surface cutanée et la surface pulmonaire.

L'homme étant en équilibre thermique à un moment donné, cet équilibre entre la production et la déperdition de chaleur peut être rompu soit sous l'influence de causes externes, soit sous l'influence de causes internes. Parmi les causes externes principales, il faut citer les modifications de la température

du milieu ambiant et les changements de composition du milieu ambiant ; — parmi les causes internes, il faut citer les modifications de la surface cutanée et les changements dans la calorification.

Si, par exemple, la température ambiante s'élève, la perte de chaleur par rayonnement et par conductibilité diminue, et si rien n'est changé du côté du sujet, si notamment sa production de chaleur est demeurée constante, sa température interne tend à augmenter. Inversement, si la température ambiante s'abaisse, la perte de chaleur par rayonnement et par conductibilité augmente et si rien n'est changé du côté du sujet, si notamment sa production de chaleur est demeurée constante, sa température interne tend à s'abaisser. C'est dans de telles circonstances qu'intervient l'appareil thermo-régulateur, soit pour augmenter la production de chaleur, soit pour la diminuer, soit pour augmenter le pouvoir émissif des téguments, soit pour le diminuer.

Si l'homme, en équilibre thermique dans l'atmosphère, est plongé dans une eau à la même température, la perte de chaleur est considérablement augmentée du fait de l'augmentation considérable du pouvoir conducteur du milieu ambiant, et le mécanisme thermo-régulateur intervient, pour provoquer une suractivité des oxydations organiques. Si, inversement, l'homme en équilibre thermique dans un bain, en sort pour se tenir dans l'air, la perte de chaleur sera diminuée, et le mécanisme thermo-régulateur intervient pour provoquer une diminution des oxydations organiques ou une augmentation du pouvoir émissif de la peau.

Lorsque l'homme accomplit un travail musculaire énergique, ses combustions sont augmentées pour fournir l'énergie nécessaire à l'accomplissement de ce travail ; mais la machine humaine n'est pas parfaite, son rendement en travail est partiel et dans les cas les plus favorables, ne représente pas plus de 30 pour 100 de la dépense totale ; le reste de l'énergie, soit au moins les 70 pour 100, est converti en chaleur. Si donc l'homme qui travaille conserve sa température normale, c'est que, par l'intervention de son appareil thermo-régulateur, il augmente la perte de chaleur à la périphérie.

Ces quelques exemples suffisent pour montrer que l'appareil thermo-régulateur intervient à chaque instant pour maintenir constante la température interne. Il intervient également de façon à assurer la régularité de la courbe thermique diurne et nocturne.

L'expérience physiologique a établi que l'organisme humain normal lutte contre le refroidissement à la fois par augmentation des oxydations organiques et par diminution du rayonnement et de la déperdition cutanée ; sous l'influence du froid ou des causes tendant à abaisser la température interne, il se produit une exagération de la consommation d'oxygène et de la production d'acide carbonique d'une part ; il se produit d'autre part un refroidissement de la peau par vaso-constriction et une diminution de l'évaporation cutanée, par dessiccation des téguments. L'expérience physiologique a établi que l'organisme humain normal lutte contre l'échauffement à la fois par diminution des oxydations organiques et par augmentation du rayonnement et de la déperdition cutanée ; sous l'influence de la chaleur ou des causes tendant à élever la température interne, il se produit une diminution de la consommation d'oxygène et de la production d'acide carbonique d'une part ; il se produit d'autre part un échauffement cutané par vaso-dilatation, et une augmentation de l'évaporation à la surface de la peau, grâce à la sudation.

Sans doute les moyens dont dispose l'organisme humain n'ont pas une puissance indéfinie, et l'appareil thermo-régulateur peut être mis en défaut ; mais cet accident ne se produit que pour des températures ambiantes extrêmes ou pour une composition anormale du milieu ambiant (eau). L'appareil thermo-régulateur normal peut compenser les modifications de la perte calorifique produite par des variations considérables de la température ambiante ; — il peut compenser les modifications si considérables de la calorification qui accompagnent le travail musculaire.

Ces notions fondamentales étant rappelées, demandons-nous à quelle cause première doit être rapportée l'élévation de température observée dans les fièvres. Doit-on la considérer comme la conséquence d'un déréglage de l'appareil thermo-régulateur ou d'une mise en défaut de cet appareil ? En d'autres termes doit-on supposer que dans la fièvre, l'appareil thermo-régulateur conservant ses propriétés normales permet à l'homme de lutter contre le refroidissement et contre l'échauffement, au moyen des appareils soumis à sa dépendance ; mais que la température pour laquelle il est réglé, et la courbe des températures quotidiennes auxquelles il est adapté sont modifiées. Et pour prendre un exemple : doit-on sup-

poser que le fébricitant est comparable à une étuve à régulateur, dont le régulateur, demeuré normal et parfait, a subi un tour de vis, étuve dont la température antérieurement fixée à 37° va s'élever à 39°, à 40° et s'y maintenir par tous les moyens que lui fournit le mécanisme de son régulateur ? — Ou bien, doit-on supposer que dans la fièvre, l'appareil thermo-régulateur, perdant son action sur les appareils qu'il dirige normalement, ne saura plus maintenir la température à sa valeur normale, se laissant déborder par les événements. Et, pour continuer la comparaison : doit-on supposer que le fébricitant est comparable à une étuve à régulateur, dont le régulateur est usé, faussé, brisé et ne préside plus à l'arrivée du gaz ? Et si cette dernière hypothèse devait être vérifiée, devrait-on supposer que dans la fièvre, il y a exagération de la production de chaleur, sans que l'appareil thermo-régulateur puisse la compenser par une exagération de la déperdition ; ou devrait-on supposer qu'il y a diminution de la déperdition calorifique, sans que l'appareil thermo-régulateur puisse la compenser par une diminution de la production ?

On a cherché à résoudre ces questions calorimétriquement, c'est-à-dire en déterminant les quantités de chaleur émises par le fébricitant dans des conditions ambiantes données et en les comparant aux quantités de chaleur émises dans les mêmes conditions de chaleur ambiantes par l'homme normal. On a constaté que dans la grande majorité des cas, le fébricitant fabrique plus de chaleur que l'homme normal et on en a tiré cette conclusion que la fièvre résulte de l'exagération de la calorification. Cette conclusion est absolument erronée, ainsi qu'on peut l'établir par les considérations suivantes :

Le fébricitant produit plus de chaleur que l'homme normal, soit ; mais l'homme normal qui accomplit un travail musculaire produit aussi plus de chaleur que l'homme normal au repos, et pourtant sa température ne s'élève pas au-dessus de 37°. Supposera-t-on que le fébricitant produit un plus grand excès de chaleur que le travailleur normal ? Ce serait une hypothèse inexacte que démentent formellement les déterminations calorimétriques.

Il serait donc nécessaire d'admettre que l'organisme fébricitant a perdu la propriété de compenser une exagération de la production de chaleur que l'organisme normal peut et sait comprendre. C'est-à-dire qu'il serait nécessaire d'admettre un double trouble : un trouble calorimétrique et un trouble thermo-régulateur. Mais cette hypothèse ne peut être soutenue. En effet, le fébricitant, au moins dans certains cas, peut accomplir un travail musculaire au moins modéré et il l'accomplit sans que sa température s'élève. Il peut donc compenser l'excès de production de chaleur résultant de l'accomplissement de ce travail musculaire. Pourquoi ne pourrait-il compenser sa calorification exagérée ?

D'ailleurs, on a constaté, au moins dans quelques cas indiscutables, que le fébricitant peut produire moins de chaleur que l'homme normal. Faut-il en conclure que dans ces cas exceptionnels, sans doute, mais pourtant réels, l'élévation de la température résulte d'une diminution du pouvoir thermo-émissif des téguments ? Et faudrait-il supposer qu'il y a deux catégories de fièvres, celles qui reconnaîtraient comme cause une calorification exagérée et celles qui résulteraient d'une diminution de la perte de chaleur à la surface du corps ? Assurément non, car on peut chez l'homme normal, comme aussi chez le fébricitant, modifier considérablement la quantité de chaleur perdue à la périphérie sans faire varier la température. Il suffit de placer le sujet dans un milieu froid ou chaud, de le découvrir ou de l'envelopper de couvertures, pour faire varier du simple au double, au triple, etc., le rayonnement calorifique, sans que la température normale ou fébrile soit modifiée. L'organisme fébricitant peut et sait lutter contre les variations de la perte de chaleur comme l'organisme normal ; il peut et sait lutter contre les variations de la perte de chaleur, comme il sait lutter contre les variations de la production de chaleur.

Nous pouvons encore dire sous une autre forme : L'organisme normal et l'organisme fébrile sont l'un et l'autre adaptés à une température déterminée, et il est extrêmement difficile à l'expérimentateur ou au médecin de modifier cette température dans l'un et dans l'autre cas.

Cette constance de la température, dans une fièvre déterminée, n'est pas pour suggérer l'idée d'un appareil impuissant, débordé. Si l'appareil thermo-régulateur était débordé, on devrait observer une irrégularité extrême de la température, qui s'élèverait d'autant plus que la thermogenèse serait plus grande, qui reviendrait à la normale ou descendrait au-dessous d'elle, quand seraient réalisées des conditions ambiantes normales. Or, il n'en est pas ainsi, la température du

fébricitant est fixe comme celle de l'homme normal.

Les oscillations diurnes de la température présentent également, chez le fébricitant, une remarquable régularité. Sans doute, la courbe thermique n'est pas la même dans toutes les fièvres ; mais pour une fièvre produite par une cause déterminée, toujours la même, cette courbe présente des caractères bien déterminés, si bien déterminés que le seul examen d'une courbe thermique permet dans bien des cas au médecin de porter un diagnostic précis et infaillible sur la cause qui l'a provoquée.

L'observation des faits nous conduit donc à admettre que, dans les fièvres, l'appareil thermo-régulateur n'est nullement débordé ; il est le maître absolu de la situation.

Mais il faut imaginer que, dans la fièvre, l'appareil thermo-régulateur est réglé pour une température anormale qu'il s'efforcera de réaliser par tous les moyens dont il dispose, et pour une courbe anormale de la température qu'il réalisera avec la même précision qu'il réalise chez l'homme normal la courbe des oscillations diurnes.

A la lumière de cette conception, tous les faits d'observation reçoivent une explication satisfaisante.

Supposons un homme dont la température est 37° et imaginons que sous l'influence d'une cause quelconque son appareil thermo-régulateur se règle à 40°, cet homme sera comparable à l'homme normal dont la température aura été abaissée par un moyen quelconque (bain froid par exemple) à 34°. Comme ce dernier, il luttera pour compenser son refroidissement et rétablir sa température fixe ; et, comme ce dernier, il le fera en augmentant sa production calorifique et en diminuant son rayonnement. N'observe-t-on pas fréquemment au moment où la fièvre va se déclarer, le frisson et la pâleur des téguments, comme on les observe chez l'homme refroidi par le bain froid prolongé? le frisson, indice d'une exagération de la contraction musculaire produisant un excès de chaleur ; la pâleur des téguments, indice d'une vaso-constriction cutanée, entraînant une diminution de la perte de chaleur par rayonnement.

Sans doute on n'observe pas toujours le frisson primitif et la pâleur primitive des téguments. Mais il ne faut pas oublier que la cause primitive de la fièvre peut ne pas agir seulement sur le centre thermo-régulateur, pour le dérégler, mais encore sur les appareils soumis à sa direction, pour en altérer plus ou moins le fonctionnement. Que l'agent qui provoque la fièvre détermine une inhibition plus ou moins complète de l'appareil nerveux vaso-constricteur et la pâleur des téguments ne se produira pas. Que l'agent qui provoque la fièvre détermine une inhibition plus ou moins complète des appareils nerveux qui président à la tonicité musculaire et le frisson manquera.

C'est dire, par conséquent, que les prodromes de la fièvre pourront être modifiés, selon les altérations plus ou moins grandes des appareils physiologiques auxquels commande le centre thermo-régulateur ; c'est dire, par conséquent, que selon les circonstances le début de la fièvre pourra être marqué par une exagération de la thermogenèse seule apparente, par une diminution de la perte de chaleur seule apparente ou par des symptômes mixtes.

La température fébrile étant réalisée, le centre thermo-régulateur la maintient stable avec la même rigueur et le même succès que l'appareil thermo-régulateur le peut faire chez l'homme normal. Le fébricitant est comparable à l'un de ces animaux dont la température normale est de 40° par exemple. Si par un moyen quelconque on tend à abaisser leur température au-dessous de 40°, ils luttent contre le refroidissement par exagération des combustions et par diminution du rayonnement calorifique ; si, par un moyen quelconque on tend à élever leur température au-dessus de 40°, ils luttent contre l'échauffement par diminution des combustions et par augmentation du rayonnement calorifique.

Lorsque la période de fièvre étant terminée, l'appareil thermo-régulateur se règle de nouveau à 37°, le fébricitant est dans les mêmes conditions que l'homme normal dont la température aurait été portée à 40° (bain chaud prolongé, par exemple) ; il lutte curativement contre cet échauffement par diminution de la production de chaleur (résolution musculaire) et par augmentation du rayonnement (congestion des téguments) et de la perte par évaporation (sudation).

Nous sommes ainsi amenés à considérer la fièvre au point de vue physiologique comme résultant d'un trouble de réglage de l'appareil thermo-régulateur, mais nullement d'un défaut d'efficacité de cet appareil.

C'est dire que nous distinguerons nettement les fièvres des états dans lesquels l'appareil thermo-régulateur est débordé. Dans certains cas de travail musculaire exagéré, l'organisme ne peut compenser

par une déperdition suffisante l'exagération de la calorification et sa température s'élève de quelques dixièmes de degré. Sous l'influence d'un bain chaud prolongé, l'organisme dépourvu de l'un des plus puissants moyens de refroidissement, l'évaporation cutanée, s'échauffe, et sa température dépasse la normale. Dans ces deux circonstances, il n'y a pas fièvre. En effet, dans ces deux circonstances, l'organisme lutte par tous les moyens dont il dispose *contre l'échauffement* et fait effort pour abaisser la température à 37° .

Dans la fièvre, au contraire, l'organisme lutte par tous les moyens dont il dispose *contre le refroidissement* et fait effort pour maintenir la température au-dessus de 37° .

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

De l'hermophényl et de son emploi dans le traitement de la syphilis, par le docteur Auguste MOURNAND, Lyon, 1902, WALTENER.

Ce nouveau composé de mercure étant en train de conquérir ses grandes lettres de naturalisation dans la thérapeutique, nous croyons devoir communiquer à nos lecteurs les conclusions d'un important travail de 220 pages, dans lequel l'auteur apporte en faveur de l'hermophényl des arguments tirés de la chimie, de la pharmacodynamie et de la clinique. Voici ces conclusions :

1° L'hermophényl est un composé organo-métallique contenant 40 0/0 de mercure, très soluble dans l'eau et dans lequel les réactions du mercure sont masquées.

2° Son coefficient de toxicité est de 0,040 par voie intraveineuse chez le chien et le lapin, de 0,125 par voie sous-cutanée, de 0,20 par ingestion chez le cobaye.

3° Ce produit est doué de propriétés antivégétatives de premier ordre.

4° L'hermophényl est éliminé rapidement par le rein à l'état de composé organo-métallique.

5° Les syphilis primaires et secondaires, où nous l'avons donné dès le début ont été très améliorées et ont fait une évolution normale et bénigne.

6° Dans le traitement des syphilis tertiaires par l'hermophényl, les résultats obtenus ont été toujours bons, parfois excellents.

7° Les syphilis précoces malignes ont toujours été améliorées et la plupart guéries très rapidement.

8° L'hermophényl, donné en ingestion, a l'immense avantage de supprimer nombre d'inconvénients des autres sels de mercure. En effet, jamais il n'occasionne, ni gingivite, ni stomatite, ni diarrhée et fait disparaître rapidement la constipation résultant de l'emploi des autres sels de mercure.

9° Les injections sous-cutanées d'hermophényl sont bien moins douloureuses que toutes les autres injections mercurielles et les résultats obtenus par leur usage sont aussi rapides. Jamais elles n'ont provoqué ni œdème, ni nodosités, ni abcès.

Pour toutes ces raisons nous concluons que l'hermophényl mérite de prendre place parmi les meilleurs antisyphilitiques.

Dr F. C.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Concours pour l'admission en 1902 à l'emploi de médecin stagiaire à l'Ecole d'application du service de santé militaire. — Conformément à l'article 4 de la loi du 14 décembre 1888, un concours s'ouvrira le 15 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'Ecole d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine à l'emploi de médecin stagiaire.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées : 1° être nés ou naturalisés Français ; 2° avoir eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1902 ; 3° avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée ; cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin-major de deuxième classe au moins ; 4° souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active. à partir de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir seront : 1° une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2° examen de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ; 3° une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4° interrogation sur l'hygiène.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (direction du service de santé, bureau du personnel et de la mobilisation), **avant le 1er décembre prochain.**

Ces pièces sont :

Avant d'entrer à l'école : 1° acte de naissance, établi dans les formes prescrites par la loi ; 2° diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves); 3° certificat d'aptitude au service militaire, établi l'année du concours ; 4° certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ; 5° indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la commission de médecin stagiaire.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Aussitôt après l'admission à l'école : l'engagement spécial prévu par le décret du 5 juin 1899 de servir pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de la nomination au grade de médecin aide-major de deuxième classe.

Les médecins stagiaires reçoivent, au moment de leur nomi-

nation, un brevet les liant au service dans les conditions du § 1er de l'article 30 de la loi du 15 juin 1889.

Les médecins stagiaires sont rétribués, pendant leur séjour à l'École d'application du service de santé militaire, sur le pied de 3.096 fr. par an ; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une première mise d'équipement reversible au Trésor en cas de licenciement, démission, non-obtention du grade de médecin aide-major ou non-accomplissement des six années effectives de service à partir de la nomination à ce dernier grade.

Les médecins stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés médecins aides-majors de deuxième classe. Ceux qui n'auront pas satisfait auxdits examens seront licenciés.

Institut Pasteur Municipal de Bordeaux

Un arrêté du maire de Bordeaux vient de créer un Institut Pasteur Municipal, dont le directeur est M. Ferré, professeur de médecine expérimentale à la Faculté de médecine et directeur technique des services antidiphtérique et antirabique de la ville de Bordeaux.

M. Buard est nommé chef des laboratoires de la diphtérie et de la rage et M. Hobbs, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chef des laboratoires de la vaccine et de la tuberculose.

Notre Carnet

M. le docteur J. Chéron-Blum, d'Ecourt-Saint-Quentin (Pas-de-Calais), nous fait part de la naissance de son fils André. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère, étudiante en pharmacie, et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. René Collot, pharmacien de 1re classe, préparateur de chimie organique à la Faculté de médecine de Lille, l'un des meilleurs élèves de la Faculté ; ses maîtres se plaisaient à lui prédire un avenir brillant, et il vient de succomber à l'âge de 27 ans. Par ces temps de villégiature, les professeurs, éparpillés aux quatre coins de l'horizon, n'ont pu assister à ses obsèques et témoigner, par leur présence, de la sympathique affection qu'ils lui portaient. Nous prions sa famille éplorée d'agréer l'expression de nos bien vives condoléances.

OUVRAGES REÇUS

— **De l'entéroclyse sulfureuse et de la boisson de Mauhourat (Cauterets) dans le traitement de certaines entérites**, par le docteur Miquel-Dalton, Liège, *Vaillant-Carmanne*, 1901.

— **Rapport sur les complications orbitaires et oculaires des sinusites**, par le professeur De Lapersonne, Paris, *Steinheil*, 1902.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

36e Semaine, du 31 Aout au 7 Septembre 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	11
3 mois à un an	16	8
1 an à 2 ans	3	5
2 à 5 ans	3	5
5 à 10 ans	1	2
10 à 20 ans	2	3
20 à 40 ans	8	11
40 à 60 ans	2	5
60 à 80 ans	7	7
80 ans et au-dessus	1	»
Total	52	57

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	4	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	1	»	»	1	»	»	4	10	15
Moulins, 24,947 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	1	7	»	»	2	»	»	»	1	»	2	15	15
Wazemmes, 36,782 hab.	14	»	»	»	»	»	»	»	1	»	9	»	»	1	»	»	»	»	»	4	29	18
Vauban, 20,381 hab.		»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	1	1	»	»	»	»	3	7	7
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	» »	»	»	»	»	»	»	1	2	»	1	»	1	2	»	»	1	»	1	2	10	5
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	1	1	2	»	»	1	»	»	»	»	»	2	9	7
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	1	»	»	3	1	»	1	»	»	3	12	17
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	2	»	»	»	»	»	2	8	7
Total	15	2	»	»	»	3	»	3	7	2	29	»	»	14	2	»	3	1	1	27	109	126

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc.

Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 297. Sixième Année. N° 38. Le Numéro : **10** centimes. 21 Septembre 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques cas d'œdème chronique

par **M. Brassart**

INTRODUCTION

Il existe dans la littérature médicale un certain nombre d'états pathologiques encore peu connus, qu'on a réunis sous le nom d'œdèmes chroniques ou d'états éléphantiasiques.

Si un symptôme commun, l'œdème, réunit ces différents états, une barrière souvent les sépare, dès qu'on en recherche la nature ou qu'on essaye d'en établir la pathogénie. Des facteurs différents, en effet, président à leur genèse. La connaissance de quelques-uns de ces facteurs a permis de mettre un certain ordre, d'établir une sorte de classification entre ces différents œdèmes.

On a classé à part, sans parler des œdèmes dus à des causes mécaniques ou à des causes générales — (Œdème cardiaque — brightique, hystérique, etc :

1° *L'éléphantiasis* appelé *des pays chauds*, dont la plupart des auteurs attribuent l'origine au rôle spécifique de la filaire de Médine.

2° *L'éléphantiasis nostras*, encore appelé lymphangite dermique hypertrophique récidivante, streptococcie de la peau, etc.

3° *Les œdèmes lymphatiques.*

4° *Les œdèmes veineux.*

5° *Les œdèmes névropathiques* subdivisés en :

a) Œdèmes héréditaires et congénitaux.

b) Œdèmes isolés, non héréditaires, non congénitaux.

Ces œdèmes sont connus maintenant sous le nom de trophœdème de MEIGE ou œdème segmentaire de DEBOVE. Ayant eu l'occasion de voir, tant à l'hôpital que dans la clientèle privée, quelques cas d'œdème chronique, nous croyons intéressant d'en rapporter les observations. Ces œdèmes, que nous avons observés, sont pour la plupart de nature différente : nous nous proposons d'en étudier la pathogénie et de les ranger dans le cadre qui leur convient.

II. — *Observations d'Eléphantiasis nostras ou lymphangite dermique hypertrophique récidivante.*

OBSERVATION N° 1 (recueillie dans le service de M. le professeur COMBEMALE). — D..., Virginie, 39 ans, ménagère, entre le 17 mars à l'hôpital de la Charité (service de M. le professeur COMBEMALE).

Ses antécédents héréditaires n'offrent pas grand intérêt : son père serait mort d'entérite ; sa mère, âgée de 77 ans, serait encore bien portante. Un frère serait mort d'hémoptysie ; il reste à la malade une sœur bien portante.

Elle-même a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 10 ans, la coqueluche et la rougeole dans l'enfance. Elle a commencé à être réglée à l'âge de seize ans et depuis est toujours bien réglée.

Il y a six ans, brusquement, la malade présente de la fièvre, des frissons et elle remarque une rougeur d'abord circonscrite au pied droit. Cette rougeur augmente rapidement et gagne la jambe jusqu'au genou ; la jambe était devenue très douloureuse et très enflée. En même temps la malade présentait un état général mauvais, la fièvre était élevée, l'anorexie complète. Au bout de quelques jours la rougeur diminua d'intensité, l'œdème de la jambe disparut petit à petit, l'état général devint meilleur. Néanmoins la malade dut rester environ quinze jours couchée. Quand elle commença à vaquer de nouveau à ses occupations, elle remarqua que son pied droit et sa jambe jusqu'au genou étaient restés un peu plus gros qu'avant, mais la peau avait repris sa consistance et sa couleur normales. Bref, qu'est-ce qui s'est passé à cette époque? Il est très probable que la malade a dû faire un érysipèle, survenu brusquement, sans cause apparente, sur un membre, qui, d'après les renseignements, était auparavant absolument sain.

Quatre mois après cette première alerte, nouvelle poussée érysipélateuse. Le gonflement et la rougeur montèrent cette fois un peu plus haut que le genou. La malade ne resta alitée que huit jours. A la suite de cette seconde poussée la jambe resta encore un peu plus enflée qu'elle n'était auparavant.

Troisième poussée douze mois environ après la première. Cette fois la cuisse est enflée en même temps que la jambe. A la suite de cette troisième poussée le membre inférieur droit tout entier resta œdématié.

La malade entre quelque temps après à l'hôpital où elle reste deux ans. Pendant ces deux années, elle fait trois nouvelles poussées à la suite desquelles le membre inférieur droit accrut un volume de plus en plus considérable.

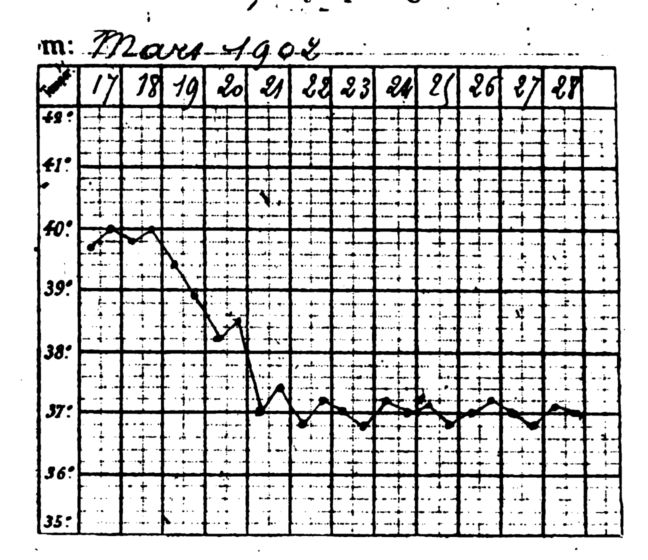
On lui fit faire à cette époque une cure à St-Amand où elle resta trois mois. Les bains qu'elle prit là n'eurent aucun résultat.

A sa sortie de l'hôpital, la malade porta continuellement pendant la journée une bande de caoutchouc enroulée autour de la jambe œdématiée. Grâce à cette bande, elle put vaquer à ses occupations. Elle resta ainsi deux années environ sans avoir de nouvelle alerte.

Le 15 mars, nouvelle poussée ; elle entre le 17 mars à l'hôpital où nous la voyons.

Etat actuel. — 17 mars 1902 : fièvre assez élevée, frissons, céphalée, langue saburrale, membre inférieur droit énorme. Peau rouge, tendue, nettement inflammatoire. Le gonflement remonte du cou-de-pied environ à la hanche, où il se termine brusquement en formant un bourrelet, l'impotence est absolue, le membre est très douloureux, ganglions petits dans le pli inguinal droit, pas de ganglions dans le pli inguinal gauche, la peau du ventre et le membre inférieur gauche est normal. Tous les viscères sont normaux. Pas d'albumine dans les urines. La température est de 40 (voir la courbe ci contre).

18 mars. — Etat général encore mauvais, langue saburrale, pommettes rouges, fièvre à 40°. Membre inférieur droit toujours aussi volumineux, aussi enflammé. La peau est chaude, rouge, épaisse. Pas de traînées nettes de lymphangite. Pas de cordon



pouvant faire admettre la phlébite. La peau ne présente aucune varicosité, aucune gerçure.

On fait une ponction des membres œdématiés, on retire un liquide séreux un peu sanguinolent. Ce liquide recueilli avec toutes les précautions aseptiques désirables et ensemencé dans des tubes de bouillon donne *du streptocoque*. On fait à la femme une injection de 20 c. c. de sérum de MARMORECK.

19 mars. — Etat général un peu meilleur, la fièvre baisse, le membre inférieur droit est toujours très douloureux et très enflammé.

L'analyse d'urine donne comme résultat :

Volume	2.000 cc.
Urée	19 gr. par litre
Albumine	Néant
Chlore	6 gr. 50
Sucre	Néant
Acide phosphorique..	1 gr. 4 par litre
Acide urique.........	0,42 centig. par litre

Le 20 mars. — Etat général beaucoup meilleur ; la fièvre baisse ; le membre inférieur droit est un peu moins enflammé.

Le 22 mars, l'épisode aigu est complètement terminé ; le membre inférieur droit est cependant encore un peu rouge et douloureux.

Le 28 mars, le membre inférieur droit a repris son aspect habituel, la peau est redevenue d'une coloration normale, la douleur a disparu. Un examen minutieux du membre est donc devenu possible.

La peau, de coloration normale, paraît très épaissie : elle n'est pas rugueuse et n'offre ni gerçures, ni varicosités, ni traînées de lymphangites. Elle est tellement épaisse qu'on ne peut lui faire de pli.

L'œdème remonte du cou-de-pied droit au pli inguinal, où il se termine en bourrelet. Ganglions très petits dans le pli inguinal droit.

Tableau de mensuration au 28 mars 1902

	JAMBE DROITE	JAMBE GAUCHE
	cent.	cent.
Pli de l'aine	71	57
Cuisse	66	47
Genou { au-dessus	44	34
Genou { au dessous	38	31
Jambe au milieu	39	32
Cheville	27	23
Cou de pied	25	22

29 mars. — Maintenant que la période aiguë est complètement passée, on ponctionne de nouveau le membre œdématié avec toutes les précautions désirables et on retire un liquide clair, rare (à peine quelques gouttes), qui, ensemencé dans des tubes de bouillon, ne donne *aucune culture microbienne.*

La malade, complètement remise de cette nouvelle poussée, sort de l'hôpital dans les premiers jours d'avril.

A la fin de mai 1902, nouvelle alerte. Elle rentre de nouveau à l'hôpital. Cette nouvelle crise aiguë est semblable à celle que nous venons de décrire, nous n'insisterons donc pas. A la suite le membre reste plus volumineux encore qu'auparavant. La malade entre alors dans un service de chirurgie (service de M. le professeur DUBAR), où elle réclame une intervention. On lui fait là une compression méthodique et très serrée de sa jambe malade et on fait de l'élévation du membre dans un hamac. Nous revoyons la malade après un mois environ de ce traitement, nous trouvons la jambe sensiblement diminuée ; en voici d'ailleurs la dimension :

Tableau de mensuration au 18 juin 1902
après un mois environ de compression et d'élévation du membre malade

	JAMBE DROITE	JAMBE GAUCHE
	centim.	centim.
Pli de l'aine	66	56
Cuisse	64	48
Genou { au-dessus	43	34
Genou { au-dessous	35	30
Jambe au milieu	36	32
Cheville	24	22
Cou de pied	23	22

L'analyse de sang, qui n'avait pas encore été faite, est faite à ce moment et donne comme résultats :

Globules rouges. . . . 3 millions 900
Globules blancs...... 1700

La numération des globules blancs donne pour cent globules :

Mononucléaires............ 30
Polynucléaires............ 63
Eosinophyles............ 7

Le 20 juin, alors que la malade n'a pas eu de crise aiguë depuis un mois, on ponctionne de nouveau la jambe malade, on recueille quelques gouttes d'un liquide sanguinolent. Ce liquide, ensemencé dans du bouillon, ne donne aucun résultat. Une souris injectée meurt malheureusement d'accident.

(Voir la photographie de la malade, photographie prise après la seconde mensuration, c'est-à-dire vers le 18 juin 1902).



OBSERVATION n° 2, resumée. — B..., âgé de 78 ans, ne présente dans ses antécédents héréditaires et collatéraux rien de bien intéressant.

En 1887, il fait un phlegmon assez considérable de la jambe droite. Ce phlegmon guérit assez rapidement mais laissa à sa suite une jambe un peu plus volumineuse que l'autre. Depuis, sans qu'il ne soit survenu aucune poussée aiguë, aucune lymphangite, aucun nouveau phlegmon, la jambe gauche n'a cessé de s'accroître petit à petit.

Nous avons l'occasion de voir ce malade en juin 1902 dans la clientèle d'un médecin de la ville. La jambe droite est volumineuse, presque le double de celle du côté opposé ; l'œdème remonte de la section du pied au genou, où il s'arrête en formant un bourrelet, la peau est épaisse et ne peut être plissée, la coloration en est normale ; on ne trouve aucune trace de varicosité, ni de traînées lymphatiques. Pas de cordon sur le trajet des veines, pas de ganglions dans le pli inguinal droit. On voit encore la cicatrice du phlegmon survenu il y a 15 ans.

Malgré le volume considérable du membre, les

mouvements sont possibles, les articulations sont libres et jouent facilement ; on ne provoque pas de douleur ni par la pression, ni par les mouvements imprimés. Les viscères son normaux, l'urine ne contient pas d'albumine.

Le malade n'a pu être suivi.

Les deux observations précédentes que nous avons intitulées Eléphantiasis nostras ou lymphangite dermique hypertrophique récidivante, nous paraissent en effet bien appartenir à la catégorie d'œdèmes chroniques rangée sous cette dénomination. Nous pourrions rapporter les observations déjà nombreuses publiées sur ce sujet et les comparer aux nôtres ; elles sont en général superposables. La plupart des auteurs ont trouvé comme agent causal de ces éléphantiasis, le streptocoque, si bien que Follet, en 1895, dans sa thèse : « Sur la pathogénie de quelques états éléphantiasiques », intitule ces œdèmes : Streptococcie de la peau ».

S'agit-il, comme se le demande Follet, d'une série de réinfections locales par le streptocoque ou bien d'une exaltation périodique de quelques rares streptocoques sommeillant dans les mailles du tissu conjonctif ? Achalme est partisan de la seconde hypothèse et Widal de la première ; nous croyons pour notre part qu'il est bien difficile de se prononcer. Cependant les examens de liquide, retiré par ponction du membre œdématié, ne nous a pas donné de streptocoque en cultures, en dehors des poussées aiguës. D'autres observateurs avaient déjà remarqué que le streptocoque trouvé pendant les crises aiguës, ne pouvait se trouver en dehors des crises. Ceci ne serait-il pas en faveur de la première hypothèse, et ne serait-il pas logique d'admettre des réinfections successives de la peau par le microbe pathogène ?

Mais le streptocoque est-il le seul microbe capable de produire des œdèmes semblables à ceux que nous avons décrits ? Bien que ce microbe soit incriminé dans la plupart des observations parues jusqu'ici, il semble que d'autres microbes puissent jouer le même rôle.

Rénon a trouvé dans une poussée aiguë d'éléphantiasis nostras du streptocoque accompagné de nombreux pneumocoques, et il pense que ces derniers microbes jouaient le grand rôle, parce qu'ils étaient dans ce cas plus virulents.

M le Professeur Patoir a rapporté l'an dernier, dans l'*Echo médical du Nord*, un cas d'éléphantiasis, où le staphylocoque avait été dûment constaté en l'absence de tout autre microbe, et un second cas où le staphylocoque, bien que n'ayant pas été constaté, pouvait être incriminé.

Bourcy et Laignel-Lavastine ont trouvé le streptocoque associé à d'autres microbes pyogènes — lequel était l'agent causal ? Ces quelques considérations prouvent que la pathogénie de l'éléphantiasis nostras n'est pas encore très bien élucidée, néanmoins que ce soit le streptocoque, le staphylocoque ou le pneumocoque qui entre en jeu, l'éléphantiasis nostras forme à l'heure actuelle un syndrôme anatomo-clinique bien distinct des œdèmes chroniques que nous allons étudier.

III. *Observation d'œdème veineux éléphantiasique.*

(Observation personnelle). — Eugène H. ., chaudronnier âgé de 59 ans, offre des antécédents héréditaires peu intéressants. Lui-même, en dehors de la rougeole et de la scarlatine qu'il a faites dans son enfance, ne se souvient pas d'avoir été malade.

Depuis longtemps, il a des varices aux jambes : il a d'ailleurs toujours eu un métier qui le forçait à rester debout toute la journée. Il y a quinze ans, il fait un premier ulcère sur la jambe gauche. Cet ulcère, qui siégeait sur la face antéro-externe et au tiers inférieur de la jambe, ne prit pas de grande extension et guérit assez rapidement.

Depuis, chaque année, il fait un nouvel ulcère. Ces ulcères disparaissent en laissant un peu de tissu cicatriciel et de pigmentation de la peau, mais pas d'augmentation de volume du membre.

Ces ulcères périodiques ont cessé il y a trois ans ; depuis cette époque le malade n'en a plus eu. Il y a quatre mois, il remarque que sans aucune raison sa jambe gauche commence à grossir. L'augmentation de volume est surtout sensible le soir quand il est resté toute une journée debout. Il ne se préoccupe pas tout d'abord de l'état de sa jambe, mais bientôt les dimensions en deviennent telles, qu'il ne peut plus marcher qu'avec difficulté. C'est dans ces conditions que nous sommes appelé à le voir le 16 avril 1902.

Etat actuel. — Nous nous trouvons en présence d'un homme robuste, un peu obèse, qui nous avoue avoir beaucoup bu. Il a des signes d'artério-sclérose évidente : calvitie, temporale sinueuse et dure, pouls fort et tendu, etc... Le cœur est normal, le deuxième temps aortique est cependant un peu claqué. L'auscultation pulmonaire ne révèle rien de particulier.

La jambe gauche attire toute l'attention ; il existe un œdème considérable partant du pied jusqu'au genou. Cet œdème est blanc, de consistance pas très ferme ; la pression du doigt laisse un godet très manifeste : la peau a en général une coloration normale. Vers le tiers inférieur de la jambe, on note les cicatrices et la pigmentation laissées par les ulcères, la température est également normale, il n'existe pas de chaleur appréciable à la main. La sensibilité est restée

intacte. On ne note aucune douleur spontanée, ni aucune douleur provoquée; le malade se plaint simplement de l'impotence de son membre.

L'œdème, avons-nous dit, est considérable, et remonte des orteils jusqu'au genou, où il se termine brusquement. Au-dessus du genou, la peau a une coloration normale, mais on note des varicosités en nombre assez considérable. On ne sent pas de cordon appréciable le long du trajet de la veine fémorale. Pas de ganglions dans les plis inguinaux

Le membre inférieur droit a au contraire un volume et un aspect tout à fait normal. On n'y note pas de traces d'ulcère, mais des varices assez considérables.

TABLEAU DE MENSURATION DES DEUX JAMBES LE 16 AVRIL 1902

	JAMBE GAUCHE	JAMBE DROITE
	centim.	centim.
Cou de pied	31	24
Cheville	38	25
Milieu de la jambe	44	34
Genou { au-dessus	41	31
Genou { au-dessous	36	35

L'analyse d'urines faite à cette époque ne révèle pas de traces d'albumine, ni de sucre. Le malade est mis au repos complet, la jambe étendue ; on fait un pansement légèrement compressif, remontant de la racine du pied au-dessus du genou. Nous avons l'occasion de revoir le malade à la fin du mois de juin 1902. L'œdème de la jambe gauche est presque totalement disparu. Il est possible de voir maintenant des varices superficielles et la palpation permet de se rendre compte que la plupart ce ces varices atteintes de périphlébite sont thrombosiques. On sent également dans la profondeur des cordons durs et sinueux, indices de varices profondes également thrombosiques

Cette observation nous semble un exemple fort net de ces œdèmes rebelles consécutifs aux phlébites ou périphlébites et qui s'acheminent lentement vers l'état éléphantiasique. On sait, en effet, que toute gêne de la circulation veineuse peut être une cause d'œdème.

En 1680 Richard LOWER démontrait par la ligature de la veine cave inférieure et par la ligature des veines jugulaires que tout obstacle au cours veineux amenait un gonflement œdémateux dans les parties situées en amont. Après lui, d'autres expérimentateurs ont obtenu les mêmes résultats, mais c'est BOUILLAUD en 1823, qui établit le premier et d'une façon générale que l'oblitération veineuse était susceptible de donner un œdème qui ne disparaissait pas toujours et pouvait, dans certains cas, devenir éléphantiasique.

RANVIER démontre ensuite, par des expériences restées célèbres, que l'oblitération veineuse seule n'était pas capable de produire ces œdèmes et qu'il fallait tenir compte des troubles de l'innervation vaso-motrice.

BODDAERT, HEHN, ROTT et COHNHEIM reprirent ces expériences et arrivèrent aux mêmes conclusions. Cependant VULPIAN et PHILIPPEAUX, STRAUSS et DUVAL admettaient toujours que l'oblitération veineuse sur une grande étendue était capable d'amener de l'hydropisie cellulaire,

JANKOWSKI, JOSUÉ et ROGER, puis plus récemment CALVÉ montrèrent de nouveau, par des expériences bien conduites, le rôle des troubles vaso-moteurs.

A l'heure actuelle, le rôle du système nerveux ne fait plus de doute pour personne. La pathogénie de l'œdème est donc complexe ; à côté de l'oblitération veineuse, il faut admettre le rôle des troubles vaso-moteurs.

« L'irritation commence par le système veineux, dit VAQUEZ, se propage et se perpétue par le système nerveux ; la participation des vaso-vasorum aux altérations phlébitiques nous permet de penser que celle des vasa-nervorum à ces mêmes altérations n'est pas une hypothèse gratuite ».

IV. *Observation d'œdème névropathique, Trophœdème de* MEIGE *ou œdème segmentaire de* DEBOVE.

Observation due à l'obligeance de M. le professeur LAMBRET. — L..., dix-sept ans, n'a jamais quitté le département de l'Aisne. Père mort subitement, mère bien portante.

Comme antécédents personnels, rien à signaler, sauf la rougeole dans le premier âge et de la péricardite (?).

Il y a quatre ans, il s'est aperçu que sa jambe droite augmentait de volume ; ce fut d'abord un peu d'œdème malléolaire qui s'installa d'une façon tout à fait insidieuse. Le malade assure n'avoir eu en ce moment ni fièvre, ni frissons, ni troubles généraux quelconques; il déclare également n'avoir éprouvé aucune douleur. L'œdème alla en augmentant lentement, progressivement, envahissant non seulement la jambe, mais bientôt aussi la cuisse.

Au mois de juillet 1902, le malade entre au pavillon Victor OLIVIER, où le soigne M. le docteur LAMBRET. A ce moment, le membre inférieur droit a pris des proportions énormes. Un œdème considérable envahit le pied, la jambe et la cuisse et se termine brusquement au pli inguinal droit où il forme un bourrelet très appréciable. Cet œdème est particulièrement accusé au tiers inférieur de la jambe ; de consistance

dure et élastique, il garde difficilement l'empreinte du doigt. La peau à son niveau a une coloration normale ; elle est tellement épaissie qu'on ne peut y faire le moindre pli. On se rend manifestement compte que c'est le derme et le tissu sous-cutané qui sont surtout œdématiés. Les diverses sensibilités à la douleur, à la chaleur et au tact sont parfaitement conservées, sans exagération ni diminution, ni retard.

On ne note ni varicosités, ni traînées lymphatiques. Pas de cordon induré sur le trajet de la veine fémorale.

Pas de ganglions dans le pli inguinal droit. La peau du ventre est normale, pas œdématiée ; le membre inférieur gauche est absolument normal ; pas de ganglions dans le pli inguinal gauche.

Nous avons omis de dire que le malade ne ressentait aucune douleur ; le seul motif, pour lequel il est venu consulter un docteur est l'impotence fonctionnelle de sa jambe droite.

A l'examen du jeune malade, on s'aperçoit qu'on est en présence d'un jeune homme bien développé, paraissant jouir d'un excellent état général. Le corps thyroïde est normal, les organes génitaux bien développés. L'étude des principaux viscères ne révèle rien de particulier ; le cœur est normal. On note cependant des frottements péricardiques ; rien aux poumons ; le foie et la rate ont un volume normal. L'analyse d'urines ne révèle ni sucre, ni albumine.

Le malade fut soumis au traitement suivant : Repos absolu au lit, la jambe droite sur un plan incliné ; compression méthodique de tout le membre avec une bande en caoutchouc. Le résultat fut tout d'abord et très rapidement excellent ; la jambe et la main diminuèrent de volume, tandis que le liquide, qui en était chassé, se répandait dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale où il était petit à petit résorbé.

Mais les progrès si rapides des premiers jours ne continuèrent pas leur marche ascendante et le volume du membre demeura bientôt stationnaire. Il était visible d'ailleurs qu'une amélioration plus grande serait difficilement réalisable.

La plus grande partie du liquide étant chassée du membre, celui-ci était maintenant enveloppé par une peau en excès, épaisse et indurée ; cette peau trop longtemps détendue et infiltrée avait perdu sa tonicité et était incapable de revenir sur elle-même. Il était clair que si on permettait au malade de marcher, l'œdème se reproduirait. C'est pourquoi, M. le docteur Lambret proposa au malade de lui réséquer sur toute la hauteur du membre une bande longitudinale de cette peau trop abondante. Cette opération devait en outre avoir pour résultat de fournir au malade une sorte de bas élastique naturel, analogue à celui qui fournit de si bons résultats dans la cure chirurgicale des varices par le procédé de Wartz. On fit cette opération en deux fois, sur la jambe d'abord ; sur la cuisse ensuite. On réséqua ainsi à la face externe une lanière de 7 à 8 cent. de largeur. Le tissu enlevé était constitué par de la peau et du tissu cellulaire ; on allait par conséquent jusqu'à l'aponévrose. Le derme était épaissi, le tissu cellulaire grisâtre avec des mailles fibreuses hypertrophiées contenant des lobules graisseux œdémateux et un peu de liquide clair.

La réunion eut lieu par première intention. Quand le malade quitta le pavillon, le membre était encore plus volumineux que celui du côté opposé, mais il avait repris forme humaine.

Le résultat eut encore été plus parfait, si une lanière cutanée interne avait été réséquée dans les mêmes conditions. Mais avant de proposer cette intervention complémentaire, le docteur Lambret voulait savoir si le résultat obtenu se maintiendrait. Voilà six mois que l'opération est faite ; le membre inférieur est resté *absolument dans le même* état que le jour de la sortie du malade du pavillon. Celui-ci est enchanté de cette grande amélioration obtenue à si peu de frais.

Ce procédé de traitement nous paraît devoir être noté dans une affection encore mal connue et en face de laquelle la thérapeutique est absolument impuissante.

Voilà une observation qui rentre absolument dans le cadre des œdèmes névropathiques, auxquels M. Meige a proposé le nom de Trophœdèmes et Debove celui d'œdème segmentaire. Ces œdèmes ont une physionomie toute particulière. leur caractéristique c'est d'être chroniques, d'avoir une disposition segmentaire et d'être blancs, durs et indolores ; ils affectent de préférence un ou plusieurs segments de l'un ou des deux membres inférieurs et peuvent persister la vie entière sans préjudice notable pour la santé. « Le trophœdème, dit Meige, est parfois un accident isolé, d'autres fois il est héréditaire et familial. Il semble qu'il puisse être aussi congénital. »

Cet variété d'œdème ne peut pas être confondue soit avec les œdèmes de cause mécanique, soit avec les œdèmes de cause générale (œdèmes cardiaques, brightiques ou autres).

Il ne peut guère être confondu avec l'œdème lymphatique ; l'absence de traînées lymphatiques, l'absence de ganglions, le caractère segmentaire l'isole absolument de cette variété d'œdème.

Il ne peut pas plus être confondu avec les œdèmes veineux à cause de l'absence de varicosités, de phlébite ou de péryphlébites.

Il ne peut être confondu avec les œdèmes infectieux, que nous avons intitulés : éléphantiasis nostras ou lymphangite dermique récidivante, à cause de l'absence de poussées inflammatoires.

Dans l'hystérie, on peut observer des œdèmes éléphantiasiques. Mais ces œdèmes ont pour caractère de n'être pas durables, de s'accompagner de troubles manifestes de la sensibilité, d'ulcérations, etc.

Le myxœdème peut donner également lieu à des œdèmes, mais ici bien des symptômes dénoncent la maladie causale. Chez certains sujets enfin apparais-

sent des œdèmes circonscrits de la peau étudiés par Quincke en 1881 ; ces œdèmes ressemblent singulièrement comme pathogénie aux œdèmes segmentaires ou trophœdèmes, mais ils ont un caractère absolument distinctif, c'est l'absence de chronicité. Nous verrons plus loin qu'entre ces deux catégories d'œdèmes, il existe des cas mixtes qui semblent indiquer d'étroits liens de parenté.

Voyons maintenant quelle est l'origine du trophœdème ? Pour Meige, il faut le chercher dans une lésion de la moelle intéressant l'axe gris. « La répartition segmentaire de l'œdème et les troubles trophiques, qui s'y superposent dans quelques cas, vient à l'appui de cette localisation. On ne peut manquer de saisir l'analogie avec les accidents trophiques et sensitifs de la syringomyélie. Les divisions métamériques s'accordent avec ce mode de distribution périphérique ».

Pour Rapin, certaines formes fébriles d'œdèmes névropathiques sont comparables à la paralysie infantile, certaines autres à début insidieux sont parallèles à la dystrophie musculaire progressive.

Pour Debove, en l'absence d'autopsie, on ne peut préjuger du mal. Pour lui, il n'y a pas d'altération médullaire, parce qu'il n'y a ni trouble de sécrétion, ni trouble de la circulation, ni trouble de la sensibilité et de la motilité.

Ce n'est pas non plus pour lui une sorte de myxœdème local, parce que rien ne rappelle le myxœdème.

Si l'on est peu fixé sur la nature du trophœdème, on est un peu mieux fixé sur sa pathogénie ou, si l'on préfère, sur ses causes occasionnelles ? Ici, tous les auteurs sont en général assez d'accord pour reconnaître au trophœdème une origine infectieuse ; la fièvre typhoïde a été accusée par Meige ; Lannois incrimine la scarlatine, Rapin la variole, Hertoghe la rougeole, etc. Calvé accuse surtout les intoxications gastro-intestinales.

En dehors de toutes ces causes occasionnelles, il est hors de doute que l'on doit tenir compte également de la prédisposition héréditaire. Les cas familiaux et congénitaux en sont une preuve indéniable.

En terminant ce travail sur les œdèmes chroniques, nous voulons donner une dernière observation, qui ne rentre pas tout à fait dans le cadre que nous nous étions tracé et qui paraît plutôt être un cas d'œdème aigu névropathique, appelé du nom de l'auteur qui l'a le premier décrit : œdème aigu de Quincke.

Seulement le cas que nous avons observé s'écarte de la marche normale de l'œdème aigu de Quincke.

Par sa longue durée, il se rapproche des œdèmes chroniques et semble être une preuve de la parenté qui doit exister entre les deux sortes d'œdème : Trophœdème d'une part, œdème aigu de Quincke d'autre part.

Nous allons rapporter cette observation sans commentaires :

V. — Observation d'un cas d'œdème aigu de Quincke *se rapprochant des œdèmes chroniques par sa longue durée.*

(Observation recueillie dans le service de M. le professeur Combemale). — F..., Ferdinand, calandreur, 60 ans, a toujours joui d'une bonne santé. Personne dans sa famille n'a jamais présenté d'affection semblable à celle qui l'affecte aujourd'hui.

Il a eu quinze enfants, sur lesquels il en reste cinq vivants ; tous les autres sont morts en bas-âge. Il avoue des habitudes alcooliques, mais pas la syphilis. Il y a huit jours que le malade remarqua, en travaillant, un peu d'enflure siégeant sur l'index de la main droite au niveau de la première phalange. Cette enflure serait survenue sans cause apparente. Pas de piqûre, pas de plaie — seulement le malade déclare avoir eu très froid aux mains (il faisait d'ailleurs ce jour-là un froid très vif).

Bref, en l'espace de trois ou quatre heures, cet œdème, d'abord localisé à l'index, gagnait la main, puis l'avant-bras. Le malade entre à l'hôpital le 4 février 1902 ; aujourd'hui, huit jours après le début, nous sommes en présence d'un œdème très considérable où le doigt laisse une empreinte profonde. Cet œdème mou, très dépressible, siège sur la main, principalement la face dorsale, sur l'avant-bras et s'arrête au niveau du coude. Il forme à ce point terminal un bourrelet très net, très distinct des parties voisines qui sont saines.

Les parties œdématiées sont absolument indolores ; le malade a conservé tous les mouvements de ses articulations — il n'est gêné que par le poids de son bras.

La peau est lisse et ne présente rien de particulier. Pas de veinosités, pas de dilatations ampullaires, pas de traînées lymphatiques (on trouve sur le dos de la main des traces de mouchetures faites en ville par un docteur. Ces mouchetures ont laissé suinter un peu de sérosité, mais en somme, l'œdème n'a guère diminué).

La coloration en général est rouge, aspect un peu inflammatoire. La sensibilité est absolument intacte. Elle n'est ni diminuée, ni exagérée. Les parties œdématiées sont un peu plus chaudes que le reste du corps. Le pouls est analogue des deux côtés; on trouve des ganglions dans l'aisselle du côté affecté, mais par de traînées lymphatiques appréciables. Le paquet vasculo-nerveux paraît cependant un peu augmenté de volume.

L'examen du malade en lui-même ne présente rien de particulier. Il ne présente pas de fièvre, la température en effet varie autour de 37°1, 37° 2. Il ne présente pas et n'a jamais présenté, même au début des accidents, de troubles gastro-intestinaux. La langue est cependant un peu saburrale, le malade paraît en outre un peu somnolent. Le cœur est normal, le foie et la rate ont un volume normal.

Au point de vue de la sensibilité générale, à signaler l'absence de réflexe pharyngien.

L'analyse d'urine donne : volume 1 litre 1/2.

Densité........	10 15
Réaction.......	acide
Albumine......	néant
Sucre..........	néant
Urée...........	22 grammes par litre
Phosphates.....	0,90 ctgr.

Le malade sort de l'hôpital au bout de quelques jours dans le même état qu'à son entrée.

Nous avons l'occasion néanmoins de pouvoir le suivre ; l'œdème reste stationnaire pendant plus d'un mois ; puis, il diminue sensiblement et trois mois environ après le début il a presque complètement disparu, mais il existe encore sur le dos de la main et sur l'avant-bras.

Depuis, nous n'avons pas eu l'occasion de revoir le malade et à notre grand regret, nous n'avons pu constater s'il se faisait une nouvelle poussée et une marche définitive vers la chronicité.

Nota. — La radiographie du bras et de la main n'a présenté rien de particulier.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Achalme. Streptocoque de l'érysipèle, th. Paris 1901.

Follet. Pathogénie de quelques états éléphantiasiques, th. Paris, 1895.

Sabouraud. Parasitologie de l'éléphantiasis nostras. *Ann. de Dermatogie*, mai 1892, p. 392.

Patoir. Eléphantiasis d'origine staphylococcique. *Echo médical du Nord*, 1901.

Renon. *Société de Biologie*, 1897. Eléphantiasis nostras.

Meyer. Eléphantiasis des jambes, *Société médicale*, Berlin, 1894.

Fournier et Mendal. Eléphantiasis nostras, *Soc. Derm.*, juin 1893.

Bourcy et Laignel-Lavastine. Lymphangite dermique hypertrophique récidivante, *Soc. de Biologie*, mai 1900.

Mapottrer. *Ass. Britann. méd.*, Dublin 1887, éléphantiasis.

Renaut. Observation pour servir à l'histoire de l'éléphantiasis et des œdèmes lymphatiques. *Arch. Phys.*, 1872.

Widal Traité de médecine thérapeutique. 1894, t. I.

Wirchow. Pathologie des tumeurs, tome 1er, article éléphantiasis.

Clarac. Etiol. et Pathog. de l'éléphantiasis, thèse Paris, 1881.

Bouillaud. Eléphantiasis des arabes par obstacle à la circulation veineuse. *Arch. médicales*, 1843.

Bouillaud. Traité clinique du rhumatisme articulaire, 1840.

Beuque. Contribution à l'étude des œdèmes rhumatismaux. Th. Paris, 1891.

Ablekoff. Etude anatomo-pathologique de l'œdème bleu. *Arch. de Neurologie*, 1896, I, p. 321.

Troisier. Nodosités sous-articulaires éphémères et le rhumatisme, *R. médicale*, 1881.

Tschirkoff. Œdème vaso-moteur sans albuminurie. *R. de médecine*, 1895.

Vaquez. *Gaz. hebdomadaire*, 1892.

Vulpian. Leçons sur les vaso-moteurs, 1875.

Colin. Recherches expérimentales sur le mode de développement des infiltrations et hydropisies passives.

Ranvier. *Académie des sciences*, 20 décembre 1869.

Quincke, 1881. Œdème aigu circonscrit de la peau.

Milton, 1876. Urticaire géant.

Strublinge, 1885. Œdème aigu angio-neurotique.

Rical. Œdème circonscrit de la peau, *Viener med. Presse*, 1886.

Courtois-Suffit. *Annales de dermatologie*, 1887. Œdème aigu

Hertoghe. *Soc. de Neurologie*, 5 décembre 1901.

Cassirer. Die Vasomotorisch Trophischen neurosen, 1901.

Calvé. Pathogénie de l'œdème aigu toxi-névropathique. Thèse Paris, 1901.

Lourier. Etude sur l'œdème névropathique. Thèse Paris, 1897.

Meige. *Gazette hebdomadaire*, 20 février 1902.

— Iconographie de la Salpêtrière, 1899, décembre, 1900.

— XIIIe Congrès des aliénistes et neurologistes, Angers, 1898.

Launois. Iconographie de la Salpêtrière, 1900.

Hutchinson. De certaines formes d'œdème dur des jambes. *Lancet*, 1876.

Desnos. Œdème rhumatismal chronique, *Soc. méd. des hôpit.*, 1891.

Higier. St-Petersburger med. Wochensch., 1894.

Tchirkoff. Œdème vaso-moteur sans albuminurie. *Revue de médecine*, août 1895.

Mathieu et Sikova. Œdème névropathique consécutif à l'intoxication aiguë par le sulfure de carbone *Soc. méd. des hôp.*, 1898.

Osler Hereditary angioneurotic œd. — *Ann. Journ. méd. Sc.*, Bd. 95, 1888.

Mathieu et Veil. Etude sur certains œdèmes névropathiques *Arch. gén. de méd.*, 1885, p. 667.

Guinon. Eléphantiasis congénital. *Soc. de Pédiatrie*, 28 déc.

Tobiesen Ueber. Eléphantiasis congenita hereditaria. Jahrbuch f. Kinderheilkunde.

Debove. Œdème segmentaire du membre inférieur. *Soc. méd. des hôpitaux*, 15 octobre 1897.

Debove. — *Presse méd.*, mars 1902.

De l'Epilepsie toxique

par M. L. Marchand

Médecin-adjoint à l'asile de Bailleul.

L'épilepsie semble résulter d'une multitude de causes et c'est avec raison qu'on admet aujourd'hui qu'il n'y a pas une épilepsie mais des épilepsies (Féré (1), Gelineau (2)). Les convulsions ne sont qu'un symptôme et peuvent apparaître dans toutes les maladies du système nerveux et dans toutes les intoxications de l'organisme. Longtemps on a considéré comme faisant partie du groupe de l'épilepsie essentielle ou idiopathique les cas dans lesquels l'autopsie et même

(1) Féré. — Les épilepsies et les épileptiques, 1890.
(2) Gelineau. — Traité des épilepsies, 1901.

un examen micrographique minutieux ne révélaient aucune lésion en rapport avec les symptômes graves présentés par les malades. Il faut avouer que depuis plusieurs années ces cas d'épilepsie sans lésions sont devenus de plus en plus rares; les recherches anatomo-pathologiques, les progrès de la physiologie cérébrale, les expériences sur la toxicité du sang, de l'urine, de la sueur, du liquide céphalo-rachidien des épileptiques ont montré qu'un grand nombre d'observations doivent être soustraites du groupe de l'épilepsie essentielle pour rentrer dans celui des épilepsies symptomatiques.

Une nouvelle théorie de l'épilepsie s'est édifiée, la théorie toxique. « L'organisme, dit M. BOUCHARD, est un réceptacle et un laboratoire de poisons. L'homme se trouve constamment sous une menace d'intoxication à laquelle il échappe grâce à la destruction de ces poisons par certains organes et surtout grâce à leur élimination par les différents émonctoires. Ces produits toxiques, élaborés dans l'intimité de nos tissus par les cellules organiques ou microbiennes ou bien introduits du dehors, se déversent dans le torrent sanguin et sortent de l'économie par les divers liquides excrémentitiels auxquels ils communiquent leur propriété toxique. » La nature toxique de certains cas d'épilepsie idiopathique est maintenant défendue par un grand nombre d'auteurs.

Les recherches de MM. HÉNOCQUE (1) et FÉRÉ (2) ont montré qu'après les accès, le sang des épileptiques était moins riche en oxyhémoglobine; pour eux cette altération du sang n'était qu'une conséquence de la maladie. HAIG (3), pensant que la quantité d'acide urique contenue dans le sang a une influence considérable sur la production des accès épileptiques, a précisé ce fait; il trouva que la quantité de cet acide est sensiblement proportionnée à celle de l'urée; on peut, en diminuant la production de celle-ci par un régime approprié, agir efficacement contre les symptômes convulsifs de l'épilepsie. D'après NELSON TECTER (4), l'augmentation de l'urée dans le sang est due au grand travail musculaire, opéré pendant la crise.

(1) HÉNOCQUE. Art. Hématoscopie. *Dict. encycl. des sc. méd.*, 4me série, XIII, 1888, 38.

(2) FÉRÉ. Notes hématospectroscopiques sur les hystériques et les épileptiques. *C. R. Soc. Biol.*, 1889, 104, 131, 164.

(3) HAIG. Conditions physiques de la circulation crânienne; ses rapports avec la production de la migraine, de l'épilepsie, de la dépression mentale. *Brain*, parts LXI et LXII, 1893, 230.

(4) NELSON TECTER. Origine auto-toxique de l'épilepsie. *The alienist and neurologist*, avril 1897. XXIII, 203.

Les recherches de KRAINSKY (1) montrent d'ailleurs que la toxine qui provoque la crise épileptique ne doit pas être attribuée à l'acide urique mais à une des substances qui le forment, probablement au carbaminate d'ammonium qui s'accumule dans le sang. La substance active dans le carbaminate d'ammonium n'est pas l'acide carbamique mais l'ammoniaque. Au point de vue expérimental, M. COLOLIAN (2) a recherché le degré de toxicité du sérum sanguin des épileptiques, non seulement dans l'intervalle des attaques mais aussi avant, pendant et immédiatement après. Ses conclusions sont que le sang des épileptiques paraît plus toxique que celui de l'homme normal, même quand il provient d'épileptiques qui n'ont pas eu d'accès depuis plusieurs heures, qu'il est toxique avant l'attaque et surtout après.

L'émonctoire rénal est l'un des principaux épurateurs de l'économie, aussi la toxicité des urines a-t-elle été l'objet de nombreuses recherches. MM. J. VOISIN et PÉRON (3), après une série d'expériences, arrivent aux conclusions suivantes: Il y a avant et pendant l'accès, hypotoxicité des urines, c'est-à-dire intoxication du sang et après l'accès hypertoxicité des urines, c'est-à-dire élimination des toxines du sang. Pour KRAINSKY (4), l'acide urique n'est pas l'élément toxique provocateur de l'accès; il y a un élément intermédiaire retenu dans le sang, le carbamine acide d'ammoniaque qui se transforme pendant l'accès en urée et acide urique éliminés par les urines. WEBER (5) se rallie à l'opinion de KRAINSKY. D'après les recherches de BLEILE (6), il résulte également que les urines des épileptiques ont une toxicité supérieure à la normale. On pourrait objecter que cette hypertoxicité est due au grand travail musculaire accompli pendant l'accès. Mais TRAMONTI (7) a mis en évidence ce fait que l'urine émise après quelques équivalents épileptiques, dans lesquels le travail musculaire était nul, contenait dans ces cas des substances éminemment toxiques.

Les nombreux travaux sur la toxicité particulière

(1) KRAINSKY. Pathologie de l'épilepsie. *The alienist and neurologist*, oct. 1898. — Pathogénie et traitement de l'épilepsie, Bruxelles, 1901.

(2) COLOLIAN. La toxicité du sang dans l'épilepsie. *Arch. de neur.*, mars 1899, VII, n° 37, 177.

(3) J. VOISIN et PÉRON. Recherches sur la toxicité urinaire chez les épileptiques. *Arch. de neurol.*, XXV, janv. 1893, 70.

(4) KRAINSKY. Loc. cit.

(5) WEBER. Sur le rôle de l'auto-intoxication dans l'épilepsie. *Munchener med. Wochenschr.*, 1898, 818.

(6) BLEILE. L'urine dans l'épilepsie. *The New-York medical journal*, 8 mai 1897.

(7) TRAMONTI. *Rivista di psicologia, psichiatria, neuropathologia*, n° 1, 15 août 1898.

du sang et de l'urine ont déterminé Cabitto (1) et Mavrojannis (2) à étudier la toxicité de la sueur des comitiaux. Leurs résultats ne sont pas concordants. Cabitto a trouvé que la sueur des épileptiques était douée d'un pouvoir convulsivant intense qui augmente à mesure que l'accès approche et qui persiste seulement quelque temps après celui-ci; Mavrojannis, après l'injection de 50 cc. de sueur d'épileptique, n'a déterminé chez des lapins que des mouvements d'extension forcée de la colonne vertébrale, mouvements qu'on n'observe cependant jamais avec la sueur normale.

Les derniers travaux sur la ponction lombaire ont suscité des recherches sur la toxicité du liquide céphalo-rachidien des épileptiques; ces recherches sont encore peu nombreuses, il n'y a en effet que peu de temps que la ponction lombaire, devenue familière, est employée comme moyen courant de diagnostic. MM. Dide et Saquepée (3), Pellegrini (4), ont trouvé que le liquide céphalo-rachidien est dépourvu de toxicité chez les épileptiques en dehors des paroxysmes convulsifs; le liquide prélevé après une attaque isolée détermine chez les cobayes des phénomènes légers tels qu'abattement, stupeur, secousses généralisées; le liquide prélevé après des attaques en séries, produit des convulsions généralisées intenses; la mort survient parfois.

Les recherches histologiques, à l'aide de nouvelles méthodes de colorations, ont montré que les altérations spéciales des cellules nerveuses plaidaient aussi en faveur de l'origine toxique d'un grand nombre de cas d'épilepsie considérés comme faisant partie du groupe de l'épilepsie essentielle. Ces constatations s'accordent avec les travaux faits sur la toxicité du sang et des liquides excrémentitiels de l'économie. Mais y a-t-il une seule toxine capable de déterminer le mal comitial ? D'après les observations on peut dire qu'elles sont innombrables. Ne retrouve-t-on pas dans l'étiologie de l'épilepsie des poisons divers introduits du dehors ou élaborés au sein des tissus. Il est inutile d'insister sur les rapports qui unissent l'alcoolisme et l'épilepsie.

(1) Cabitto. Toxicité de la sueur des épileptiques. *Rivista sperim. di frenatria*, XXIII, f. 1, 1897.

(2) Mavrojannis. La toxicité de la sueur. *Thèse de Paris*, 1898.

(3) Dide et Sacquepée. Note préliminaire sur la toxicité du liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie. *Soc. de neurol.*, 18 avril 1901.

(4) Pellegrini. La toxicité du liquide cérébro-spinal des épileptiques. *Riforma medica*, an XVII, vol. II, n° 54-55; 4-5 juin 1901, 638-651.

D'après Echeverria (1), Stern (2), Hochhaus (3) et Bratz (4), il faut admettre deux variétés d'épilepsie chez les buveurs. La première variété est due à l'action directe du poison sur les cellules corticales; on peut dans ce cas faire disparaître les crises par la suppression du poison. Dans la deuxième forme, l'épilepsie est due aux lésions organiques et surtout à l'artério-sclérose. L'abstinence ne fait pas disparaître les accidents, car ces lésions persistent. L'intoxication par le plomb, la morphine et le tabac se retrouve également très souvent dans l'étiologie des crises convulsives. MM. Ballet et Faure (5) ont étudié les attaques épileptiformes produites par l'intoxication tabagique expérimentale. L'intoxication aiguë par la macération de tabac à chiquer donne lieu à des accidents immédiats multiples parmi lesquels des convulsions présentant les caractères qu'affectent chez l'homme les crises épileptiques. Toutes les toxines diathésiques peuvent donner lieu à l'épilepsie. L'arthritique (6), l'urémique, le diabétique sont sujets aux crises convulsives. Jacoby (7) dit que l'épilepsie dans le diabète est due à l'acétonémie et montre l'analogie qui existe entre l'épilepsie urémique et l'épilepsie diabétique. Toutes les infections seraient capables de produire l'épilepsie et en première ligne il faut citer la syphilis. D'après M. le professeur Fournier (8), les crises apparaissent surtout à la période tertiaire et en constitue une manifestation tardive par excellence. M. Dide (9) a montré que l'épilepsie débutait souvent après une fièvre typhoïde. A côté de ces toxines introduites du dehors ou élaborées au sein des tissus, peut être faut-il ajouter d'autres toxines mal connues et provenant du mauvais fonctionnement de glandes à sécrétion interne. M. Farnarier (10) a publié un cas d'acromégalie chez un dément épileptique. D'après l'auteur, les crises convulsives peuvent être provo-

(1) Echeverria. L'épilepsie alcoolique. *The journal of ment. sc.*, janv. 1881, 489.

(2) Stern. Sur l'épilepsie d'origine alcoolique. New-York, *Medico-legal Journal*, juin 1897.

(3) Hochhaus. De la calcification prématurée des vaisseaux de l'encéphale considérée comme cause de l'epilepsie. *Neur. Centralb.*, XVII, 1898.

(4) Bratz. Alcool et épilepsie, Allg. Zeitsch., f. psych., t. LVI., 3 juin 1899.

(5) Ballet et Faure. Attaques épileptiformes produites par l'intoxication tabagique expérimentale. *Soc. Biol.*, 11 février 1899.

(6) Teissier. Des crises d'épilepsie liées à l'arthritisme. *Lyon médical*, 1885. XLVIII.

(7) Jacoby. Sur l'épilepsie diabétique. *New-York medical Journal*, 9 novembre 1895.

(8) Fournier. Epilepsie parasyphilitique. *Rev. neurol.*, 1893.

(9) Dide. — Valeur de la fièvre typhoïde dans l'étiologie de l'épilepsie. *Rev. de méd.*, 10 février 1899.

(10) Farnarier. Observation d'acromégalie chez un dément épileptique. *Soc. méd. psych.*, 31 juillet 1899.

quées par des perturbations dans le fonctionnement de l'hypophyse. Nous avons pu observer dans le service de notre maître, M. Toulouse, un cas d'épilepsie convulsive survenue après une ovariotomie (1). Il s'agit d'une femme qui, à l'âge de vingt-deux ans, subit l'opération de l'ovariotomie double pour kystes de l'ovaire. Après l'opération, elle ressentit « des rougeurs et des chaleurs lui monter au visage ». Deux mois après l'opération elle eut une première crise épileptique. Tout d'abord les accès n'apparurent que tous les mois et semblaient remplacer les règles disparues; ensuite les accès sont apparus irrégulièrement et cette névrose ne l'a jamais quittée depuis.

L'organisme est toujours menacé par une foule de poisons ; aussi suffit-il souvent de l'altération d'un organe destiné à les éliminer pour voir apparaître la crise épileptique. Ferrarini (2) donne l'observation très instructive d'un sujet qui, chaque fois qu'il présentait un état hépatique marqué, avait des attaques d'épilepsie. MM. Ballet et Faure (3) ont rapporté au dernier Congrès de Toulouse une observation semblable.

Il reste cependant à expliquer pourquoi tel individu a des accès épileptiques sous l'influence de causes incapables de produire le même phénomène chez d'autres. Pour Roncoroni (4), il existe dans le cortex des épileptiques une disposition spéciale des cellules pyramidales et ce serait là l'expression organique d'un trouble héréditaire. Pour cet auteur, on rencontre encore chez l'épileptique la prédisposition acquise ; des deux facteurs précédents, il résulte une altération du chimisme des éléments nerveux du cerveau, substratum indispensable pour la production des accès épileptiques. Pour M. Voisin (5), l'épilepsie est produite par un poison, mais il faut que le sujet soit prédisposé héréditairement. M. le professeur Joffroy conclut, à la suite de nombreux faits de pathologie générale, qu'il y a une aptitude individuelle à prendre telle ou telle maladie. L'individu normal traduit par des troubles intestinaux son état toxi-infectieux. Le dégénéré développe avec la plus grande facilité sur cette intoxication des troubles mentaux et nerveux ; l'un aura des hallucinations, l'autre des idées délirantes, un troisième des accès épileptiques. Ce dernier seul a ce que M. Joffroy (1) appelle l' « aptitude convulsive ».

(1) L. Marchand. Epilepsie convulsive survenue après une ovariotomie. *Rev. de Psych.*, sept. 1899.

(2) Ferrarini. Epilepsie auto-toxique d'origine hépatique. Rev. quind. di psicologia, psichiatria, neuro-pathologia, 15 février 1898.

(3) Ballet et Faure. Un cas d'épilepsie d'origine hépatique, Congrès de Toulouse, avril 1902.

(4) Roncoroni. Des lésions du cerveau dans l'épilepsie et chez les criminels, *Arch. di psychiatria, scienze penali et antropologia criminale*, 2 Vol. XVII, fasc. I-II, 1896.

(5) J. Voisin. Epilepsie, Paris 1897.

(1) A. Joffroy. De l'aptitude convulsive. *Gazette hebdomadaire*, n° 12, 11 février 1900, 33.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

L'embryologie en quelques leçons, par le professeur Ch. Debierre, Paris, F. Alcan, 1902.

Dans ce petit volume de 200 pages, reproduction de leçons professées à la Faculté de médecine de Lille, notre collègue, le professeur Debierre n'a eu qu'une ambition : la simplicité, la clarté, la décision. Nous pouvons lui dire qu'il a réussi pleinement.

L'étudiant qui sait seulement son Anatomie ne sait pas assez. Sans doute il connaît l'organisation de l'homme, mais trop souvent le comment et le pourquoi de cette organisation lui échappe.

Pour parachever son éducation scientifique, l'étude du développement des organismes lui est indispensable. Voilà pourquoi à côté de son livre d'Anatomie, l'élève doit constamment avoir sur sa table de travail, son livre d'Embryologie.

Il ne deviendra vraiment capable de comprendre la Biologie, qu'en prenant connaissance à la fois de l'Anatomie achevée et de l'Anatomie du développement.

Ces leçons d'Embryologie lui seront le vade-mecum indispensable. Nous avons plaisir à présenter ce petit volume à nos étudiants. Dr F. C.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Les mystifications d'Eusapia Paladino

Il règne un grand émoi dans les cercles spirites italiens. M. Guastavino, directeur du *Caffaro*, de Gênes, a accusé Eusapia Paladino, la fameuse femme médium, de n'être qu'une mystificatrice. Les manifestations psychiques dont elle se dit l'instrument ne seraient que « trucs et imposture. »

Pour le prouver, il a publié dans son journal le récit d'une séance de spiritisme à laquelle il assista, en février dernier, chez l'ingénieur Ramorino. A la suite des phénomènes ordinaires de matérialisation : apports de fleurs ou d'objets par des mains invisibles, instruments de musique résonnants sans être touchés par personne, tentures s'agitant ou s'enflant comme sous un souffle surnaturel, attouchements et pressions de mains, etc... M. Guastivano dit avoir reconnu, lorsqu'un visage s'approcha du sien dans l'obscurité, comme pour lui donner un baiser, l'haleine un peu forte qu'il avait remarquée chez Eusapia Paladino, en conversant avec elle avant la séance.

Cette observation, ajoute-t-il, corroborait le récit qu'il tenait

d'un ami de Gênes, devenu veuf, qui avait demandé à Eusapia d'évoquer l'esprit de sa défunte épouse. Celle-ci se manifesta par des baisers et des embrassements qui permirent à son mari de constater que l'esprit sentait terriblement le marsala. Or, Eusapia avait absorbé un verre de ce breuvage avant la séance.

Ce n'est pas tout : le directeur du *Caffaro* conte que l'ingénieur Ramorino avait demandé au médium d'obtenir une empreinte du visage de son défunt père sur un bloc de stuc déposé sur la table autour de laquelle se faisait l'expérience. M. Guastavino, malgré l'obscurité, observa qu'Eusapia, en agitant les bras et les jambes comme sous l'influence du délire psychique, imprimait à la table un mouvement d'inclinaison vers elle. Lui-même en étendant la main sentit que le corps du médium était fortement penché en avant et lorsqu'il examina l'empreinte il constata une vague ressemblance avec le profil d'Eusapia, qui ne lui laissa aucun doute que celle-ci ne fût à la fois le médium et l'esprit évoqué.

(*Gazette de médecine de Paris*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Sur la liste des 71 candidats admis à l'**Ecole du service de santé militaire**, nous relevons avec plaisir le nom de M. BERTEIN, élève de la Faculté de Lille, reçu avec le numéro 29. Nous sommes heureux de lui adresser toutes nos félicitations.

Corps de santé militaire

Est nommé au grade de médecin-major de 2e classe de réserve : M. le docteur LAUWEREYNS DE ROOSENDAELE (de Valenciennes).

Sont nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve : MM. les docteurs DUPONT, BOSQUET, LEURIDAN, LECLERCQ, SIX, VERHAEGHE, DEMOULIN.

Distinctions honorifiques

Est nommé *Officier de l'Instruction publique* : M. le docteur GROSLIER (de Châtel-Guyon).

Sont nommés *Officiers d'Académie* : MM. les docteurs DE LA CROIX (de Lisieux) ; GAUTHIER, médecin-major au 97e d'infanterie ; GUY (de Villeneuve-sur-Lot) ; CRUET (de Paris) ; PRADEL et VABRE (de Béziers) ; DOMECK, de Crémieu (Isère).

Nécrologie

Nous avons le regret d'apprendre la mort, à Paris, de notre confrère le docteur MALAPERT DU PEUX (de Lille). Nous prions sa famille d'agréer nos bien sincères condoléances.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

37e SEMAINE, DU 7 AU 13 SEPTEMBRE 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	11	11
3 mois à un an	15	11
1 an à 2 ans	6	5
2 à 5 ans	4	5
5 à 10 ans	4	3
10 à 20 ans	4	3
20 à 40 ans	7	6
40 à 60 ans	7	8
60 à 80 ans	5	6
80 ans et au-dessus	2	1
Total	65	59

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS — Répartition des décès par quartier

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
Variole	1	»	1	16	1	»	3	»	»	»	2	24
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Apoplexie cérébrale	1	»	»	»	1	2	1	»	»	»	»	5
Bronchite et pneumonie	1	1	2	»	4	»	»	»	»	»	1	9
Maladies organiques du cœur	»	»	»	1	1	1	»	»	»	»	»	3
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	»	2	6	9	2	1	2	2	6	3	3	36
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Phthisie pulmonaire	1	1	»	2	2	»	1	»	3	»	»	10
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Suicide	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	2
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	»	5	2	10	1	4	2	»	4	1	1	30
TOTAL des DÉCÈS	4	10	12	41	12	9	9	2	14	4	7	124
NAISSANCES par Quartier	3	17	12	26	8	11	9	6	18	2	6	118

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 298. Sixième Année. N° 39. Le Numéro : **10** centimes. 28 Septembre 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 *fr. par an.*
Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.
Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la non-identité de la diphtérie humaine et de la diphtérie aviaire

par M. **C. Guérin**, Vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur

Il nous semble que les travaux et les observations, produits depuis ces dernières années sur la question des diphtéries humaine et animale, n'ont fait que fortifier les deux camps en présence (unicistes et dualistes) dans leurs positions de défense.

Les unicistes apportent à l'appui de la thèse de l'identité des deux affections, un nombre de documents si considérable qu'ils pourraient, sans inconvénient, mettre en tête de leurs travaux cette phrase de Gallez : « Si la médecine, comme autrefois, était restée une science d'observation, en présence du nombre, relativement énorme, de faits apportés aujourd'hui à l'appui de cette hypothèse, nul ne songerait à la mettre en doute, et l'identité de la diphtérie animale et de la diphtérie humaine serait un fait acquis ». C'est qu'en effet les faits rapportés manquent tous de la preuve bactériologique, dont la valeur surtout en matière de diphtérie n'est pas discutable.

Les dualistes, pour la plupart bactériologistes, appuient leur thèse sur la flore différente des fausses membranes de l'homme et des oiseaux, et sur les réactions biologiques diverses des agents microbiens composant cette flore. Ils terminent leur longue argumentation en avouant que l'étiologie de la diphtérie aviaire, bien que tout autre que celle de la diphtérie de l'homme, est encore trop obscure pour la déterminer sûrement ; mais que les travaux en cours apporteront la preuve de la spécificité de ces deux affections.

Si l'on examine sous le champ du microscope un frottis de fausse membrane de poulet ou de pigeon atteint de diphtérie aviaire, on est frappé par la richesse de la flore microbienne de ce produit : micrococques, bactéries, bacilles de réactions et de formes différentes accompagnés dans un grand nombre de cas de moisissures, coccidies, grégarines, trichomonas.

La diversité de ces organismes, leur présence plus ou moins fréquente, suivant les cas, nous expliquent pourquoi les auteurs qui se sont occupés de la question, ont émis des opinions si différentes quant à l'étiologie de la maladie suivant l'abondance plus ou moins grande de l'un ou de l'autre des agents parasitaires cités plus haut.

Ces mêmes auteurs, voulant chacun démontrer la

spécificité de l'agent qu'ils étudiaient, réussissaient, le plus souvent, en excoriant la muqueuse du pharynx d'animaux sains à produire des fausses membranes, en déposant sur les portions intéressées des cultures de ces divers microbes. Ceci n'a rien qui doive nous étonner car, chez les oiseaux, un grand nombre d'agents microbiens déposés sur une muqueuse blessée, amènent la production de fausses membranes. Nous pourrions citer le coli bacille, le pneumocoque, le streptocoque.

Mais, dans aucun cas, on n'obtient, à la suite de cette inoculation, les dépôts fibrineux jaune citron des plèvres, des sacs aériens, du péritoine, de l'oviducte qui constituent la signature de la diphtérie aviaire.

Cette affection est une maladie générale, et la plupart des agents dénoncés par les auteurs, comme spécifiques, n'ont aucune tendance à la généralisation.

Ces considérations d'ordre général nous amènent à parler de l'agent spécifique de la diphtérie aviaire, dont la présence est constante dans les faussses membranes, mais qu'un procédé particulier de technique nous a permis, chaque fois, de mettre en évidence. On recueille dans le pharynx, la plèvre, les sacs aériens ou le péritoine d'un poulet malade ou sacrifié pour la circonstance, une petite quantité de dépôt fibrineux jaunâtre, caractéristique de l'affection chronique. Nous préférons faire ce prélèvement dans les sacs aériens, quand la chose est possible ; un tel produit étant généralement moins souillé de germes étrangers que le même recueilli dans le pharynx. On triture avec soin cette fausse membrane dans un verre stérilisé avec un peu d'eau distillée. On inocule un quart de centimètre cube de ce triturat dans le tissu conjonctif de la paupière inférieure d'un pigeonneau. Dix à douze heures aprés l'inoculation le pseudo œdème produit par le liquide injecté a pris une teinte blanc jaunâtre, par l'afflux d'une quantité considérable de leucocytes ; l'œil se ferme à demi et devient pleureur. Dans la plupart des cas la virulence de la substance inoculée n'est pas suffisante pour causer la mort du sujet mis en expérience. Au bout de quarante-huit heures, après sacrifice de l'animal, on recueille dans un verre stérilisé la production néo-membraneuse qui soulève la paupière inférieure et, procédant comme la première fois, on inocule un second pigeonneau avec le produit de la trituration. Au troisième ou au quatrième passage le jeune pigeonneau est tué dans les vingt-quatre heures avec généralisation septicémique de l'agent virulent. Cet agent, toujours le même, rencontré dans tous les cas, appartient au groupe des Pasteurella, groupe dont la biologie nous a été révélée par les remarquables travaux de Lignières, de Buenos-Ayres.

Ces Pasteurella déterminent un certain nombre de maladies qui paraissent spéciales aux animaux domestiques. La fièvre typhoïde du cheval, la pleuro-pneumonie des bovins adultes, la pleuro-pneumonie septique des veaux, la pneumo-entérite des porcs (Lignières), la maladie du jeune âge des chiens, le choléra des poules, etc., sont causées par des agents de ce groupe.

Les caractères de ces microbes sont les suivants : Cocco-bacilles, immobiles, ne prenant pas le Gram, ne liquéfiant pas la gélatine, ne coagulant jamais le lait, dont la réaction n'est pas changée, ne poussant pas sur la pomme de terre naturelle acide, ne donnant pas d'indol, ne virant pas la gélose de Würtz, facultativement aérobie ou anaérobie. Les cultures surtout âgées, répandant une odeur spéciale. Ils ont en plus ceci de particulier qu'ils sont d'une très grande exigence quant aux conditions de vie, et d'une instabilité de virulence très accusée.

Les nombreux essais auxquels nous nous sommes livré nous ont montré que, de tous les animaux de la basse-cour, le pigeon est, de beaucoup, le plus sensible à la Pasteurella de la diphtérie aviaire. C'est par les passages successifs par cet animal que nous sommes arrivé à exalter considérablement la virulence du microbe, tout en la fixant d'une façon définitive.

C'est donc avec un microbe à virulence haute et fixe que nous avons déterminé la pathogénie de la maladie. Si l'inoculation d'une toute petite quantité de culture d'un tel microbe (un cinquième de centimètre cube) est faite sous la peau ou dans le péritoine, elle détermine la mort en vingt-quatre ou trente-six heures. Les lésions observées à l'autopsie sont celles d'une septicémie à marche extrêmement rapide ; tous les tissus, toutes les humeurs de l'organisme renferment un nombre considérable de microbes, mais jamais on n'observe les lésions macroscopiques qui caractérisent l'évolution de la maladie naturelle. Nous sommes arrivé cependant à reproduire toutes les localisations graves de la diphtérie aviaire, en laissant aux pigeons, mis en expérience, le soin de s'infecter seuls, par l'ingestion d'aliments ou de boissons mélangés à des cultures virulentes en bouillon-sérum.

Si les animaux sont jeunes ou peu résistants, comme les pigeonneaux, l'ingestion de tels aliments, souillés par les agents virulents, détermine chez eux, en trois jours, une forme septicémique à marche suraiguë. A l'autopsie, tous les tissus renferment, en grande abondance, la bactérie spécifique.

Si les animaux sont plus âgés, les symptômes varient, suivant les localisations des lésions, qui reproduisent, en tous points, celles de la maladie naturelle chronique.

On peut observer, dès les premiers jours du régime infectant, l'apparition, dans la bouche ou le pharynx, d'une ou plusieurs plaques pseudo-membraneuses, qui peuvent, quelques jours plus tard, être éliminées et disparaître, ou bien être le point de départ d'une lésion proliférante locale, se terminant, ordinairement, par la généralisation du microbe.

Chez d'autres sujets, on trouve des lésions étendues du poumon et des plèvres. Les poumons présentent des foyers de pneumonie caséeuse ; des fausses membranes épaisses, blanc-jaunâtre, tapissent les parois pleurales ; on en voit parfois, même, recouvrant la muqueuse des sacs aériens.

Le plus grand nombre cependant, des animaux mis en expérience, présentent, au bout d'un temps plus long, trois semaines environ, de la dégénérescence du foie en foyers de nécrose, de couleur blanc-jaunâtre au début, et présentant, dans les derniers jours de la vie, une belle coloration vert foncé.

Exceptionnellement, l'ingestion a produit de la péritonite, avec exsudats très abondants et très épais, dans lesquels pullulait l'agent spécifique.

Enfin, chez un petit nombre de pigeons, nous avons vu évoluer des arthrites scapulo-humérales et huméro-radiales, lésions bien connues des éleveurs de pigeons voyageurs.

Les excréments des animaux ainsi infectés sont virulents et il est très facile d'en isoler la bactérie. Il suffit de reprendre une petite quantité de ces excréments par un peu d'eau stérile, et d'inoculer un quart de centimètre cube de cette dilution, sous la paupière inférieure d'un pigeon : la mort ne survient généralement pas du premier coup, mais il suffit de reprendre la fausse membrane formée au point d'inoculation, et de recommencer l'injection sur un second pigeon ; au bout de trois ou quatre passages on isole le microbe pathogène à l'état de pureté.

La virulence des excréments nous explique pourquoi la diphtérie à forme oculaire est si fréquente chez les volailles. En dehors des chances nombreuses de contagion directe, les poules et les pigeons s'inoculent eux-mêmes, grâce à l'habitude qu'ont ces animaux de se gratter fréquemment les paupières avec leurs doigts souillés.

La production expérimentale des lésions de la maladie chronique peut se faire aussi chez le pigeon par l'inoculation de produits virulents, mais il est indispensable que la virulence de ces produits soit très faible, et que les inoculations soient répétées tous les jours jusqu'à infection.

Il semble donc que, pour triompher de la résistance de l'organisme, il faille soumettre les animaux à une contagion *intime et prolongée.* Cette contagion est, en tous points, réalisée dans les poulaillers ou pigeonniers infectés, où les animaux sont en rapport constant avec les excréments, que l'on sait contenir, en abondance, la bactérie spécifique.

Ces faits étant connus, l'étiologie de la diphtérie aviaire étant bien établie et certifiée par l'expérimentation, la première question qui se pose est celle de la contagiosité à l'homme.

La seule observation authentique de contagion est celle rapportée par MM. Loir et Ducloux. Ces auteurs, étudiant la diphtérie aviaire, trouvèrent, dans une ferme, un enfant atteint d'une laryngite pseudo-membraneuse, dont l'agent causal était identique à celui qu'ils trouvaient dans les fausses membranes des poulets, habitant la même ferme et atteints de diphtérie aviaire. Or, la description que ces auteurs font de ce microbe (*Annales de l'Institut Pasteur, 1894*) ne peut, évidemment, se rapporter à une Pasturella. L'agent microbien qu'ils ont étudié nous paraît avoir tous les caractères d'un coli-bacille, microbe que l'on sait se développer très souvent dans les fausses membranes de quelque origine qu'elles soient. L'observation de MM. Loir et Ducloux perd donc, de ce fait, toute sa valeur. D'autre part, depuis trois années que nous nous occupons de cette question, nous avons été amené à faire, dans la région du Nord, des observations si précises que, pour nous, la non-contagiosité à l'homme ne saurait laisser aucun doute. L'élevage et l'entraînement du coq de combat constituent, pour la région du Nord, un sport très goûté, dont la faveur peut rivaliser avec celle accordée aux courses de taureaux dans le Midi. Dans les villes, dans les campagnes surtout, nombreux sont les cultivateurs, les artisans, les

ouvriers même, qui, dans un espace plus ou moins restreint, se livrent avec passion, à l'élevage du coq combattant. Or, il résulte de faits d'observation déjà anciens et bien connus, que cette race spéciale est très sensible à la diphtérie aviaire sous toutes ses formes ; à tel point, que les grands éleveurs nous ont avoué perdre trente-cinq à quarante pour cent de ces animaux de cette maladie. Nous avons pu constater par nous-même la véracité de leurs dires et confirmer bactériologiquement leur diagnostic.

Il faut, alors, voir ces poulets de grande valeur, la bouche et le pharynx remplis de fausses membranes, les yeux démesurément gonflés, par une exsudation conjonctivale très abondante, être amenés dans la salle commune, où toute la famille prend ses repas ; être placés dans des boîtes auprès du poêle, et d'heure en heure, le père de famille, ou l'un de ses enfants, faire manger à la main, ces animaux aveuglés par leur conjonctivite diphtérique. Puis, avec un petit crochet de fer, arracher les fausses membranes, et les disséminer, au gré du hasard ; et, jamais dans ces intérieurs familiaux, parmi les enfants, nous n'avons observé d'épidémie diphtérique, à laquelle cette promiscuité certaine devrait fatalement donner naissance. D'autre part, nous avons vu, chez un commerçant des environs de Lille, s'occupant de la vente du pigeon gras, des jeunes gens, des enfants même, faire, sans danger, pendant quatre heures, chaque jour, le gavage des pigeons de bouche à bec, alors que dix pour cent au moins de ces animaux étaient porteurs de lésions diphtériques dans les premières voies digestive et respiratoire.

Il paraît évident, que, dorénavant, on nous accorde la non-contagiosité à l'homme de la diphtérie à Pasteurella ; mais, nous allons entendre dire bien haut que, concurremment à ce microbe, on peut constater, dans les fausses membranes, d'origine aviaire, la présence du bacille de Klebs-Lœffler. Les observations qui relatent cette présence dans de telles fausses membranes ne paraissent pas pouvoir être mises en doute. Mais ce que l'on peut affirmer c'est qu'il s'agit de cas absolument exceptionnels, parmi lesquels même le microbe isolé est dépourvu de tout pouvoir toxigène et difficilement identifiable avec le bacille de Lœffler. Sur soixante-dix-huit examens qu'il nous a été permis de faire, au laboratoire, nous avons pu, par deux fois, isoler des fausses membranes d'origine aviaire, un microbe morphologiquement semblable au bacille diphtérique humain, poussant en voile sur le bouillon de Martin, mais ne produisant absolument pas de toxine. Il en a été de même pour un échantillon isolé dans les mêmes conditions par notre ami Malvoz, de Liège, échantillon, lui aussi, non toxigène. M. Ferré, de Bordeaux, qui voit le plus souvent dans les deux diphtéries le même agent causal, signale chez les volailles atteintes des paralysies des membres, analogues à celles produites par l'inoculation de la toxine diphtérique humaine. Nous n'avons pour notre part jamais observé ces diphtéries aviaires à forme paralytique. Quant à la Pasteurella elle ne produit, dans les différents milieux, aucune toxine apparente et l'injection du produit de culture ne détermine aucun accident.

Nous avons traité plus de deux cents poulets malades par les injections de sérum antidiphtérique humain ; les améliorations ou guérisons que nous avons obtenues se réduisaient au même pourcentage que celles obtenues dans une autre série de malades traités par le sérum normal du cheval. Ces injections ne servent, dans l'un et l'autre cas, qu'à produire une hyperleucocytose momentanée, condition très favorable à la guérison de toutes les maladies septicémiques non toxiques.

Nous sommes donc amené à croire que ces pseudo-bacilles de Lœffler dans les fausses membranes de volailles ne doivent pas plus nous inquiéter que ceux que l'on trouve normalement dans la gorge et les fosses nasales de l'homme sain. Que, par certains artifices de technique, on arrive à leur faire produire une toxine appréciable : peut-être, mais pratiquement on peut dire que leur rôle est négligeable.

Nous ne pouvons terminer cet aperçu sur l'étude de la diphtérie aviaire sans dire quelques mots des essais auxquels nous nous sommes livré en vue de guérir ou de prévenir la maladie. Dans un précédent travail (*Annales de l'Institut Pasteur*, décembre 1901), nous disions, qu'ignorant complètement l'existence et le mode de production d'une toxine de la Pasteurella de la diphtérie aviaire il fallait renoncer à l'obtention d'un sérum antitoxique curatif. Depuis cette époque, nous n'avons pas été plus heureux dans cette voie et nous avons abandonné, pour l'instant, l'idée de guérison de la maladie déclarée. Par contre, nous avons essayé chez les volailles un mode de prévention par séro-vaccination qui nous a donné des résultats si encourageants que, depuis trois mois,

nous avons transporté cette méthode dans la pratique, pour en constater les effets, sur un grand nombre d'animaux. Le principe de cette vaccination consiste à sensibiliser les corps microbiens par leur mélange avec un sérum sensibilisateur obtenu par injections intra-veineuses et intra-péritonéales de grandes quantités de microbes à un cheval. Un tel sérum a la propriété, à très petites doses, de rendre les microbes phagocytables pour les leucocytes des volailles normales. Des cultures ainsi sensibilisées sont très bien tolérées dans le péritoine, lieu d'élection des inoculations vaccinantes. Ce sérum anti-microbien possède encore la propriété curieuse d'empêcher à la dose d'une goutte, la culture de la Pasteurella dans son milieu de prédilection. le bouillon sérum. Cette action ne doit pas être attribuée à une agglutinine, car les cultures achevées ne sont pas agglutinables par le sérum ; elle résulte d'une propriété particulière de la sensibilsatrice dont le rôle n'est qu'imparfaitement déterminé.

L'isolement et le traitement des tuberculeux pauvres

Par le docteur **Ausset**, professeur-agrégé à l'Université de Lille

Lettre ouverte à M. le professeur Grasset (de Montpellier) *à propos de son rapport présenté au Congrès de Toulouse* (mai 1902)

Mon cher Maître,

Je viens de lire le remarquable rapport que vous avez présenté au Congrès de Toulouse (mai 1902) sur *l'isolement et* le *traitement des tuberculeux à l'hôpital*, et je viens vous demander respectueusement la permission de vous soumettre les quelques réflexions qu'il m'a suggérées.

En France, la lutte semble pleinement engagée et ne tardera pas à nous donner les meilleurs résultats pratiques ; grâce à l'initiative et au dévouement de quelques-uns de nos confrères, cette lutte a été engagée par le sanatorium et le dispensaire, deux œuvres *absolument* indispensables l'une à l'autre, se complétant réciproquement et qui viennent de recevoir une éclatante approbation par la constitution de la Fédération des Œuvres antituberculeuses françaises, sous les hauts patronages que vous savez. C'est après de mûres réflexions que l'on s'est décidé à ouvrir la lutte à l'aide du sanatorium et du dispensaire et, comme il m'a semblé qu'il existait dans votre rapport des critiques peut-être injustifiées à l'égard de ces deux modes d'assistance, je voudrais essayer d'y répondre.

Quand des critiques viennent d'un Maître tel que vous et d'un esprit aussi impartial que le vôtre, ceux qui s'attirent ces critiques ne peuvent qu'être honorés, car ils savent que vous ne vous attachez habituellement qu'à des questions qui en valent la peine, et que vos discussions sont toujours empreintes d'un cachet de parfaite justice.

L'dée dominante de votre rapport est qu'avec le sanatorium ou les dispensaires, et même avec les deux réunis, on ne peut assister et soigner *tous* les tuberculeux, tandis qu'avec de *vastes et beaux services hospitaliers, bien séparés et largement dotés,* on procurera l'isolement et le traitement au plus grand nombre.

Il n'est pas dans mes habitudes de rappeler ce que j'ai fait ou écrit. Vu la circonstance, vous me permettrez bien cependant, mon cher Maître, de vous signaler les communications que j'ai faites au Congrès de Naples de 1900 (1) et ainsi intitulées : 1° « La prophylaxie de la tuberculose. Parts respectives des pouvoirs publics et de l'initiative privée dans l'organisation de la lutte » ; 2° « Les sanatoriums ; leur nécessité et leurs avantages ; le choix de leur emplacement. » — Si vous voulez bien me faire l'honneur de me lire, vous pourrez constater qu'après avoir discuté comment il convient d'engager la lutte, après avoir montré ce que l'on est en droit d'attendre du sanatorium, ce que l'on peut lui demander, et ce qu'on ne doit pas attendre de lui, j'ajoutais : « Oui, le sanatorium populaire est indispensable ; oui, c'est une œuvre dont il faut poursuivre avec ardeur la réalisation aussi rapide que possible ; toute Ligue antituberculeuse qui nè comprendrait pas dans ses desiderata la construction de ces établissements serait, à mon sens, une œuvre incomplète, à laquelle il manquerait une tête ; mais je dirai également qu'une œuvre qui *limiterait* son action à l'édification de ces sanatoriums risquerait *encore bien plus* de voir ses efforts rester stériles, du moins ne pas être couronnés *par des résultats en rapport avec les sacrifices consentis.* » Puis, continuant l'examen des moyens les plus propres à enrayer le fléau, j'essayais de montrer que le sanatorium doit être réservé aux curables : « Quant aux tuberculeux incurables, il faudrait leur construire ou bien un hospice spécial autour des villes, ou leur

(1) Comptes rendus du Congres de Naples et *Écho médical* du Nord, 29 avril et 6 mai 1900.

installer des pavillons spéciaux dans les hôpitaux déjà existants ». Pour les dispensaires, leur rôle serait tout entier de faire de la prophylaxie et, d'assurer l'assistance de la famille du tuberculeux hospitalisé ou « sanatorié » ; et j'ajoutais : « L'œuvre antituberculeuse qui comprendra ces dispensaires, ces sanatoriums, ces hospices ou ces pavillons spéciaux et cette caisse de secours, sera une œuvre absolument complète. »

Il y deux ans, nous avons fondé à Lille « la Ligue du Nord contre la tuberculose ». Si nous avons commencé notre campagne en préconisant l'édification d'un premier sanatorium départemental, nous nous sommes bien gardés de limiter notre action à ce seul établissement, et nos statuts disent :

« La Ligue du Nord contre la tuberculose a pour but :

« 1° La création de sanatoriums populaires, à édifier dans les contrées les plus saines et les mieux abritées du département du Nord, où seront soignés les tuberculeux nécessiteux reconnus curables ;

« 2° L'installation, avec le concours des municipalités, de dispensaires où seront donnés des consultations gratuites, des conseils hygiéniques aux ouvriers tuberculeux, distribués des médicaments, des secours en nature et en argent ;

« 3° La création d'une caisse de secours destinée à venir en aide à la famille des tuberculeux indigents ;

« 4° L'encouragement à la construction d'hospices suburbains pour les tuberculeux incurables, ou de pavillons spéciaux dans les hôpitaux déjà existants ;

« 5° La création de bourses d'études à des jeunes savants en vue de rechercher les moyens efficaces de traitement de la tuberculose. Ces études seront poursuivies dans les laboratoires des établissements d'enseignement supérieur ou dans les laboratoires spéciaux annexés aux sanatoriums de l'Œuvre. »

Vous le voyez, mon cher Maître, nous avons bien pensé, comme vous, que le sanatorium est absolument impuissant pour lutter, *seul*, efficacement contre la tuberculose, et nous avons bien prévu qu'il serait de toute nécessité d'isoler *tous* les tuberculeux pauvres et de les assister *tous* dans leurs familles.

Où je me permets de différer d'opinion avec vous, c'est lorsque vous estimez que la construction d'hospices suburbains ou de pavillons spéciaux dans les hôpitaux déjà existants suffit pour répondre à *tous* les besoins et à *toutes* les indications.

Je suis tout à fait de votre avis : la société a le devoir absolu de soigner *tous* les tuberculeux et de chercher à préserver leurs familles. La meilleure façon d'opérer serait incontestablement de les isoler tous, mais cela est absolument impraticable pour des raisons sociales multiples qu'il serait trop long d'examiner ici ; il faut donc examiner comment, *pratiquement*, on peut se rapprocher le plus possible de cet idéal qui, comme tout idéal, ne peut pas être de ce monde : isolement de *tous* les tuberculeux, assistance et prophylaxie pour leurs familles.

Lorsque l'on calcule les sommes qui seraient nécessaires pour soigner les tuberculeux, on commet, à mon sens, une grave erreur en basant les calculs sur le chiffre moyen de 150.000 décès qui se produisent annuellement en France par tuberculose. Dans ces 150.000 décès sont comprises : les méningites, les coxalgies, les diverses ostéites, les tuberculoses viscérales diverses autres que celles du poumon. Ces derniers cas sont intéressants à considérer quand il s'agit de prophylaxie ; mais il n'en est plus de même si l'on n'examine que le point de vue thérapeutique, les soins à donner dans des établissements spéciaux, sanatoriums ou hospices suburbains. Pour calculer le quantum de ces cas « extra-pulmonaires », si je puis m'exprimer ainsi, je me servirai de ce qui se passe à Lille, et je serai largement dans la moyenne du reste de la France, notre population très ouvrière et très dense étant très décimée par le fléau. En 1900, il y a eu à Lille 845 décès par tuberculose. Sur ces 845 décès, il y en a eu 744 par tuberculose pulmonaire ; les 101 autres appartenaient aux diverses tuberculoses citées plus haut et que nous n'avons pas à viser, n'est-il pas vrai, dans la question qui nous occupe actuellement (1). Cela fait donc 12 p. 100 à défalquer, soit, pour les 150.000 décès de toute la France, 18.000 cas. Il nous reste donc en France 132.000 décès par tuberculose *pulmonaire*.

Mais cela ne veut pas dire que nous avons là un chiffre indiquant le nombre des malades dont la société a le devoir d'assurer les soins. En effet, si j'examine à quelles classes de la société appartiennent les 744 décès de 1900, je constate qu'il y en a 128 pour les rentiers, 6 pour les professions libérales, et 50 pour les commerçants (cafetiers, hôteliers, etc.), soit 184 dont la société n'a pas la charge (notez que je mets à la charge de la société les 49 fonction-

(1) Tous ces chiffres sont empruntés aux remarquables travaux de l'Office sanitaire, dirigé par M. le Dr Staës-Brame.

naires décédés, ainsi que les 203 tailleurs, modistes, épiciers, etc., dont un certain nombre ne tombent évidemment pas sous la protection de l'assistance publique ; — mais mes chiffres n'en seront que plus probants). 184 à retrancher de 744, cela nous fait 560 décès de tuberculeux qui auraient dû être assistés. Il y a donc 25 p. 100 d'individus à retrancher des chiffres donnés ; sur notre total de 132.000, 25 p. 100 en moins nous donnent 33.000, soit en tout 99.000. Il y aurait donc 99.000 décès de gens auxquels la société devrait l'assistance. Cette mortalité de 99.000 suppose, comme vous le dites, mon cher Maître, une morbidité du triple, soit 297.000 tuberculeux *pulmonaires* à assister en France.

Mais ce chiffre ne nous donne encore que des résultats imparfaits. En effet, il comprend les décès de *tous* les âges, aussi bien des enfants que des adultes. Or, il est bien évident qu'il est impossible de songer à envoyer au sanatorium de tout jeunes enfants, d'autant que ce sont justement les malades les moins dangereux puisqu'ils ne crachent pas. En outre, les enfants, j'en ai malheureusement soigné et autopsié un tres grand nombre, n'ont que très rarement une tuberculose localisée *exclusivement* aux poumons. Ils font de la tuberculose *généralisée*. Dans les statistiques on les dénombre parmi les tuberculeux pulmonaires parce que les symptômes prédominants existaient dans l'appareil respiratoire, et que souvent ce n'est qu'à l'hôpital, dans les autopsies, qu'on peut se rendre compte des tuberculoses hépatiques, mésentériques, spléniques, péritonéales, etc., concomitantes. Pour ces enfants l'envahissement est tel que *toute* thérapeutique est impuissante. Or, comme d'autre part ils ne sont pas dangereux puisqu'ils ne crachent pas, il n'y a donc pas à se préoccuper d'eux dans notre étude statistique. La division adoptée dans les statistiques lilloises, après les bébés et les tout jeunes enfants, va ensuite de 10 à 20 ans. J'aurais préféré une division de 10 à 15, puis de 15 à 20, la tuberculose des enfants de 10 à 15 ans étant le plus souvent cliniquement et anatomiquement bien différente de celle des personnes de 18 à 20 ans. J'accepte cependant ces chiffres et ne retrancherai que les cas compris au-dessous de 10 ans : sur les 744 décès par tuberculose pulmonaire, à Lille, en 1900, il y a 50 enfants au-dessous de 10 ans, soit 7 p. 100 ; sur les 297.000, cela fait encore une défalcation de 27.000, soit 270.000.

En définitive, il y aurait donc en France 270.000 tuberculeux pulmonaires dont la société a le devoir de se préoccuper pour en assurer les soins et préserver les familles.

Avec ces chiffres nous allons maintenant calculer les sommes qui seraient nécessaires pour soigner *tous* ces malheureux.

Vous m'accorderez bien, mon cher Maître, que la *construction* d'un sanatorium en pleine campagne, assez loin des villes, ne coûtera guère plus cher que l'édification d'un hôpital suburbain. (Je ne puis discuter ici la question des pavillons spéciaux dans les hôpitaux déjà existants. car pour les faire assez vastes pour contenir *tous* les tuberculeux, comme vous le voulez, il faudrait des terrains considérables, et les hôpitaux généralement situés en ville ne disposent pas de ces terrains Que si vous voulez des pavillons spéciaux dans ces hôpitaux, il vous faudra vous contenter de soigner un nombre relativement restreint de tuberculeux *comme avec le sanatorium.* Donc je ne m'occuperai que de la construction d'hospices spéciaux parallèlement à la construction de sanatoriums. Un hospice pour tuberculeux coûtera aussi cher qu'un sanatorium, car si l'on veut y appliquer un traitement rationnel de cure d'air, il faudra des salles très spacieuses, éviter l'encombrement en créant de petites salles de 6 à 8 lits, installer des verandas et des galeries de cure, etc. Et quand je dis aussi cher, je devrais peut-être dire plus cher, car le terrain en ville ou à proximité des villes coûte de très gros prix, tandis qu'en pleine campagne le prix est bien plus bas. Et puis, si l'hospice suburbain est réalisable dans certaines régions de la France où la population est peu dense et où aux portes de la ville on trouve de suite la campagne, dans d'autres contrées. comme dans le Nord, un hospice suburbain serait en contact avec des usines et tous les travailleurs de ces usines. Or, c'est justement dans ces régions que la tuberculose sévit le plus, à cause des agglomérations ouvrières, c'est donc là surtout que la question est particulièrement intéressante. Mais admettons le coût de construction égal pour l'hospice suburbain et le sanatorium. D'après tous les calculs faits par les gens compétents, par ceux qui en ont déjà édifié, il faut compter un minimum de 4.000 francs par lit de sanatorium et, par conséquent d'hospice *pour tuberculeux*. Si nous comptons à 4 mois la moyenne du séjour de chaque malade, chaque lit abritera donc par an 3 malades,

et par suite pour nos 270.000 malades il nous faudra 90.000 lits, soit une première dépense *minimum* de TROIS CENT SOIXANTE MILLIONS. Avec cette somme *tous* les tuberculeux pauvres pourraient être hospitalisés ou « sanatoriés ». Mais où trouver cet argent ? Je ne me charge pas de résoudre la question.

Admettons qu'une fée bienfaisante nous ait dotés de ces 90.000 lits, et voyons combien nous coûterait l'entretien de ces lits : 2 fr. 50 par lit à l'hospice spécial, 4 francs par lit au sanatorium, dites-vous. Pourquoi cette distinction ? Je me le demanderai tout à l'heure. Adoptons ces chiffres un instant : 90.000 lits à 2 fr. 50 par jour, soit la nécessité d'un budget *annuel* de *quatre-vingt-deux millions* environ ; à 4 francs par jour, nous trouvons près de *cent trente-deux millions par an*. Et encore je ne parle ici que du traitement du malade, laissant de côté pour le moment l'assistance de la famille. Mais pourquoi établir une différence entre le prix de journée à l'hospice spécial et celui du sanatorium ? Que comptez-vous donc que sera cet hospice ? Vous espérez bien y faire le traitement rationnel, c'est-à-dire la cure d'air et la cure de suralimentation ; par conséquent il faudra, en même temps que de vastes locaux bien aérés, une alimentation très abondante, surtout très variée, et bien différente de celle des hôpitaux habituels. Si vous ne voulez pas donner une alimentation spéciale, vous ne remplirez pas votre but thérapeutique, vous n'aurez réussi qu'à isoler vos malades, vous n'en guérirez aucun ; vous aurez construit de superbes léproseries, mais vous n'aurez pas édifié des établissements de cure. Vous ne pouvez faire moins que ce que l'on fait dans tous les sanatoriums de l'étranger, à Hauteville et Angicourt ; si vous faites moins vous ne ferez pas de suralimentation ; si vous faites autant, je vous mets au défi d'y arriver avec 2 fr. 50 par malade. Allez visiter un sanatorium de pauvres et vous reviendrez étant de mon avis : 4 fr., je vous l'assure, est un chiffre minimum, et encore beaucoup vous diront qu'il faut 5 francs par jour et par malade. Je vous ferai observer, d'autre part, que l'établissement construit en pleine campagne trouvera à s'alimenter à meilleur compte qu'à la ville ; que la modicité du prix du terrain permettra d'avoir des potagers, voire même une petite ferme d'où on retirera le lait, les œufs, le beurre ; une porcherie facilement entretenue par les eaux grasses et les déchets de légumes. Tout cela est bien difficile à avoir en ville ou près de la ville, surtout dans les pays industriels où le terrain est parcimonieusement mesuré. Tout cela nous ferait encore admettre que le prix de journée doit être moindre au sanatorium que dans l'hospice que vous rêvez.

Il résulte donc de l'examen minutieux des faits que construction et entretien reviennent aussi cher, qu'il s'agisse d'un hospice suburbain spécial ou d'un sanatorium. Je ne vois donc pas encore la nécessité de substituer l'hospice au sanatorium. Dans les deux cas, à mon avis, étant donné l'état actuel de notre législation, l'absence surtout de lois sur l'assurance-maladie obligatoire, on ne peut espérer trouver les 360 millions nécessaires à la construction pas plus que les 132 millions annuels nécessaires à l'entretien des 90.000 malades, à 4 francs par jour et par malade. Et encore aurions-nous cet argent que le problème serait incomplètement résolu.

Reste, en effet, l'assistance à fournir à la famille du tuberculeux. Je crois qu'en donnant 4 francs par jour à chaque famille on pratiquerait une assistance *très large* et qu'une famille ainsi secourue serait à l'abri du besoin. Nous avons, ai-je calculé plus haut, 270.000 tuberculeux à soigner ; mais cela ne fait pas 270.000 familles. En effet les 270.000 tuberculeux ne sont pas tous chefs de famille.

Reprenons les chiffres de la statistique lilloise (la moyenne est évidemment la même pour toute la France) :

En 1900, la tuberculose pulmonaire donne 744 décès ; nous avons retranché 185 personnes aisées, 50 enfants au-dessous de 10 ans. Total, 234.

Restent 510 décès au-dessus de 10 ans. Je retrancherai maintenant de ce chiffre 73 décès de 10 à 20 ans puisque nous examinons maintenant la question de l'assistance de la famille, et que la famille ne sera assistée que si son chef lui fait défaut, il nous reste donc 437 décès au-dessus de 20 ans. Je vais ici compter *tous* les hommes comme étant chefs de famille, c'est évidemment une erreur ; il y en a un certain nombre qui sont célibataires et pour lesquels on n'aurait pas à intervenir au point de vue de l'assistance familiale. Mais l'argent que je compterai comme nécessaire pour eux va nous servir ailleurs. En effet, je vais ranger toutes les femmes tuberculeuses comme ne nécessitant pas l'assistance familiale, le mari travaillant et par suite pouvant gagner pour ses enfants. C'est encore ici une erreur dans l'autre sens

de la précédente, car le mari aura à prélever sur son salaire le prix d'une garde pour ses enfants pendant qu'il sera à l'atelier. Mais ces deux erreurs volontaires inverses se compenseront ; avec l'argent compté pour la famille supposée des célibataires hommes on assistera les enfants des femmes tuberculeuses ; d'autant, en plus, qu'il faut aussi tenir compte des femmes célibataires. Donc à Lille nous avons 437 décès par tuberculose pulmonaire au-dessus de 20 ans. Sur ce chiffre il y a 246 hommes et 291 femmes. C'est donc 246 familles qu'il faudrait assister, soit 33 p. 100 environ, puisque nous avons 744 décès par tuberculose pulmonaire, soit, pour les 270.000 tuberculeux à soigner par la société, 90.000 familles à assister. A 4 francs par jour, chiffre *très large* adopté plus haut, cela nous fait *cent trente-deux millions* par an. C'est encore un nouveau chiffre fantastique.

Ainsi donc, en France, si l'on voulait isoler *tous* les tuberculeux dans des établissements spéciaux et assister *toutes* leurs familles, il faudrait :

Trois cent soixante millions pour les constructions, une fois dépensés, et *deux cent soixante-quatre millions par an*, pour les soins aux malades et l'assistance à leurs familles.

Et cela, qu'il s'agisse d'hospices suburbains ou de sanatoriums.

C'est évidemment un rêve absolument irréalisable que de penser qu'un jour on puisse arriver à trouver des sommes aussi considérables. Voilà pourquoi j'estime, mon cher Maître, permettez-moi de vous le dire bien respectueusement, que l'on ne peut, en l'espèce, admettre cette phrase de votre rapport (page 24) : « Ne vaut-il pas mieux faire bien *pour tous* que très bien pour quelques-uns ? » Il nous est impossible, je crois l'avoir démontré, pécuniairement parlant, de *faire bien pour tous* ; il faudrait des richesses que nous ne pouvons songer à obtenir et vous serez obligé, vous en aurez rapidement la preuve, de limiter vos constructions hospitalières comme nous sommes obligés de limiter nos constructions de sanatorium. L'un coûte aussi cher que l'autre, car il ne s'agit pas ici d'un hospice ordinaire avec de grandes salles et de construction banale ; il faut une organisation spéciale d'agencement, de chauffage, d'aération, etc., et, par suite, les mêmes constructions que dans un sanatorium. Et notez que vous aurez le prix du terrain qui sera bien plus élevé pour l'hôpital suburbain. Quant à la question d'entretien des malades, si vous voulez appliquer la cure rationnelle, cela vous coûtera aussi cher à l'hôpital qu'au sanatorium, et même plus cher pour toutes les raisons que j'ai dites plus haut. Pourquoi donc chercher à faire des hospices suburbains puisque nous n'y trouvons, j'espère vous avoir convaincu, aucun bénéfice pécuniaire sur les dépenses nécessitées par le sanatorium ?

Est-ce à dire qu'au point de vue médical pur, en dehors des questions d'argent, vous trouverez à l'hospice suburbain des avantages spéciaux pour le traitement ? Bien au contraire. Et ici encore nous allons constater la supériorité du sanatorium.

Il est, parmi les tuberculeux pulmonaires, une distinction primordiale à établir, qui consiste à les partager en curables et incurables. A mon avis le même mode d'assistance ne doit pas s'appliquer à ces deux catégories d'individus. Voici, par exemple, un malheureux qui commence une tuberculose ; son mal est encore peu étendu, son organisme peu intoxiqué ; en quelques semaines, quelques mois, les lésions peuvent se cicatriser pourvu que l'on inonde son poumon d'air pur constamment renouvelé, pourvu qu'on fournisse à cet organisme défaillant les moyens de se réparer et de suffire à cette lutte engagée contre le microbe, pourvu qu'on permette à cet individu de se reposer et de placer tous ses organes dans des conditions telles que toutes les dépenses organiques seront supprimées et qu'il n'y aura plus que des recettes. Cette existence humaine, vous pouvez encore la sauver ; est-ce par le pavillon hospitalier, voire même par l'hospice spécial, que vous espérez y arriver ? Il faut de l'air pur pour faire renaître cet appétit disparu ; il faut de l'oxygène en excès pour exciter cette nutrition languissante et pour donner un coup de fouet à ce système nerveux qui va succomber. Est-ce en ville, à l'hôpital, même dans de superbes pavillons, que vous comptez trouver cet air pur ? Est-ce sur les confins de la ville, à proximité des usines chargeant l'air d'une poussière charbonneuse des plus nuisibles ? Je ne le crois pas. C'est en pleine campagne, loin de tout centre industriel, au milieu d'un air non vicié par les agglomérations, près de petits bouquets d'arbres, ou d'un bois, ou d'une forêt, afin que l'air soit en outre tamisé, privé de toutes ses poussières, filtré, que les vents nuisibles soient arrêtés, etc. Croyez-vous que les nombreuses existences que vous sauverez ainsi ne valent pas les sacrifices pécuniaires qu'on sera obligé de faire pour elles ? Ne

soignerait-on ainsi que 25.000 tuberculeux sur les 270.000 calculés plus haut qu'il faudrait se réjouir de savoir qu'ainsi 25.000 Français vont être arrachés à la mort. Et remarquez-le bien, en comptant un séjour de 4 mois par malade, ces 25.000 tuberculeux nécessiteraient 8.500 lits environ, ce qui, avec le chiffre de 4.000 francs par lit que nous avons admis plus haut, nous coûterait 34 millions de premier établissement. C'est évidemment une somme très considérable, mais dont la réalisation ne me paraît pas impossible. Il y aurait un avantage considérable à obtenir ces 25.000 malades guéris, parce que revenus chez eux ils seraient pour tout leur entourage les meilleurs éducateurs et les plus sûrs propagateurs des saines notions de prophylaxie. Ce sont eux qui sauraient inspirer à leurs enfants la sainte horreur du crachat ; nous aurions, en les guérissant, créé toute une cohorte d'instituteurs d'un nouveau genre et qui seraient d'autant plus dévoués à leur tâche et à leur rôle qu'ils seraient plus convaincus par les bons effets qu'ils auraient obtenus d'un traitement bien compris et d'une prophylaxie sévère. C'est alors qu'*à la longue* nous verrions diminuer la morbidité et la mortalité par tuberculose non seulement du fait de ces 25.000 guérisons, mais du fait que ce serait 25.000 foyers de contagion supprimés.

Ce que je viens de dire ne comporte pas évidemment que nous devions négliger les autres malades et ne rien faire pour les 245.000 tuberculeux qui nous resteraient. Et c'est alors que je ferais entrer en ligne de bataille la merveilleuse arme que sont les dispensaires antituberculeux dont nous possédons à Lille le plus beau modèle. Je voudrais, mon cher Maître, que vous veniez voir fonctionner cette œuvre remarquable que Calmette a *entièrement conçue* et menée à bien avec son admirable esprit d'organisation, et vous pourriez juger, avec votre impartialité habituelle, que si les dispensaires ne sont pas la solution unique du problème, ils n'en rendent pas moins d'immenses services et nous donnent des résultats excellents avec des dépenses très restreintes.

Le dispensaire, d'abord, est le complément indispensable du sanatorium, aussi bien d'ailleurs que de l'hospice suburbain ; c'est grâce à lui que l'on pourra aller dépister les tuberculeux ignorants de la gravité de leur état, ignorants même du mal qui les atteint ; c'est grâce à lui qu'on fera la sélection des malades susceptibles de bénéficier de la cure au sanatorium d'avec ceux qui, trop atteints, ne peuvent plus espérer qu'un adoucissement à leurs maux ; c'est grâce à lui qu'on fera la chasse aux logements insalubres, aux chambres, aux appartements contaminés ; qu'on désinfectera les locaux infectés ; empêchera la dissémination du germe tuberculeux par les linges des malades puisque, dans ce dispensaire, on assure la désinfection de ces linges; c'est grâce à lui qu'on pourra assister la famille du tuberculeux à l'hôpital, puisque grâce à sa merveilleuse organisation l'enquête aura démontré quels sont les besoins de la famille et sa situation sociale. Et lorsque toutes les places seront prises au sanatorium, lorsque les lits de l'hospice suburbain ou des pavillons spéciaux seront remplis, c'est encore le dispensaire qui viendra au secours du pauvre tuberculeux en lui procurant de quoi vivre sans travailler, en le nourrissant, en lui donnant aussi de quoi se loger et se coucher confortablement, car la misère est parfois telle que ces malheureux sont souvent sans abri ou avec un abri tel que c'est comme s'ils n'en avaient pas.

Pensez-vous qu'une telle organisation soit négligeable ? Je ne le suppose pas ; et j'ajouterai même que si nous avions les millions nécessaires à la construction des 90.000 lits pour tuberculeux il nous faudrait encore des dispensaires qui seraient alors chargés de rechercher, de dépister les malades ; de veiller à leur famille, et d'assurer l'application de toutes les mesures de prophylaxie.

Et maintenant que dirais-je des hospices suburbains et des pavillons spéciaux dans lesquels vous croyez trouver la solution du problème?

Je suis tout à fait de votre avis lorsque vous écrivez que « c'est une honte et une illégalité que de voir actuellement les tuberculeux, à toutes les périodes, couchés à côté des autres malades, des typhoïsants, des bronchitiques et des nerveux ». C'est une honte que devraient bien ressentir tous les administrateurs hospitaliers que l'Europe nous envie, mais qu'elle se garde bien de nous prendre ; c'est une illégalité que les pouvoirs publics ont le devoir de faire cesser; et je dirai comme vous : « la présence des tuberculeux, en grand nombre et à toutes les périodes, dans nos salles communes d'hôpital est un scandale tel que je ne vois pas de dépense plus urgente que celle nécessaire pour la cessation de cet état de choses. » Oui, il n'y a pas, *pour les administrations hospitalières*, de dépense plus urgente à faire. Il faut qu'elles cons-

truisent des pavillons bien aménagés, très simples, sans aucun luxe, mais parfaitement agencés pour y appliquer, autant qu'il sera possible de le faire, la cure rationnelle de la tuberculose. Là seront reçus les tuberculeux qui n'auront pu trouver de places au sanatorium, ceux dont l'état avancé des lésions n'aura pas permis l'admission au sanatorium. Mais, hélas! ne comptons pas sur l'édification rapide de ces pavillons. D'abord il semble qu'à plaisir on compose les administrations hospitalières de telle façon qu'elles deviennent un assemblage de personnes, des plus honorables et des plus dévouées c'est vrai, mais qui n'ont que des connaissances très vagues sur les choses touchant à l'hygiène et à la médecine. Et puis, ces pavillons sont forcément restreints parce que les terrains suburbains dont on peut disposer sont eux-mêmes très restreints et que les emplacements disponibles dans les hôpitaux déjà existants sont aussi très minimes. Je considère donc que la construction des pavillons urbains ou suburbains est absolument indispensable non pas tant à cause des services qu'ils rendront aux tuberculeux, qu'à cause des services qu'ils rendront aux autres malades hospitalisés (rhumatisants, typhiques, etc.) qui ne seront plus désormais exposés à la tuberculose. Le pavillon spécial urbain ou suburbain ne peut être considéré comme un instrument de cure : je l'ai démontré plus haut ; car on n'y peut faire la cure d'air et que, sans air pur, il n'y a pas d'appétit et, par suite, pas de suralimentation efficace. Le pavillon urbain est un excellent moyen pour la lutte antituberculeuse, mais c'est un moyen prophylactique ; il réalise l'isolement du tuberculeux, supprime les causes de la contagion et, par suite, on doit en poursuivre ardemment la réalisation. Mais il ne peut en rien suppléer au sanatorium établi en plein air, en pleine campagne. Là seulement la *cure* peut s'effectuer.

Si donc, dirai-je en concluant, nous voulons nous contenter d'isoler, de parquer nos tuberculeux pour faire disparaître la contagion, construisons 270.000 lits d'hôpitaux spéciaux urbains ou suburbains. Mais n'espérons pas avec cela obtenir la guérison d'un seul de ces malheureux. Si, au contraire, nous voulons en guérir un grand nombre tout en isolant également ceux dont nous ne pouvons espérer la cure, construisons des sanatoriums pour abriter ces 270.000 malades. Mais comme, hélas! l'argent nous manque pour réaliser de suite l'une ou l'autre de ces solutions, je dirai : 1° il faut continuer à construire le plus de sanatoriums que l'on pourra, où l'on soignera et guérira un grand nombre des *débutants* dans la maladie ; 2° il faut poursuivre ardemment et partout l'installation de dispensaires antituberculeux, excellents pour la défense prophylactique et l'assistance à domicile ; 3° l'édification de pavillons urbains spéciaux s'impose dans le plus bref délai afin qu'on ne continue pas à observer ce que nous voyons tous les jours à l'hôpital : un rhumatisant, un typhique, un cardiaque qui contracte la tuberculose, parce que l'Administration l'oblige à rester couché à côté d'un tuberculeux.

Voilà toutes les réflexions que m'a inspirées votre remarquable rapport. L'armée antituberculeuse doit être fière de vous compter dans ses rangs et vous saurez, j'en suis sûr, devenir rapidement un de ses chefs, lui apportant le concours précieux de votre science autorisée. En vous priant de m'excuser d'avoir retenu si longtemps votre attention, veuillez agréer, mon cher Maître, l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Jules ROMIGNOT

La Faculté de médecine de Lille perd, avec ROMIGNOT, un de ses élèves les plus brillants et les plus estimés.

D'une famille lilloise, ROMIGNOT, après s'être distingué au Lycée Faidherbe, entra à la Faculté en 1892 ; reçu externe des hôpitaux en 1894, il dut, peu de temps après, interrompre la préparation de l'internat pour des raisons personnelles. Revenu à la Faculté vers 1898, il fut séduit par les études anatomiques et se prépara au Concours d'adjuvat de 1899 ; nommé premier aide, il fut délégué dans les fonctions de prosecteur ; il s'y distingua par son ardeur au travail, et par la clarté de ses conférences d'ostéologie très appréciées des étudiants.

D'un caractère gai, enjoué, d'une franchise parfois brutale, d'un esprit vif, alerte, primesautier, particulièrement avide de vérité, il savait mettre en relief, dans les discussions qu'il affectionnait, l'originalité de son raisonnement et de ses vues, le piquant de sa critique, et défendre avec acharnement ses opinions très personnelles. En anatomie, il s'était acquis de solides connaissances sur la morphologie comparée du système locomoteur.

Malgré sa santé chancelante, il entreprit pour sa thèse — qui est excellente — des travaux au-dessus de ses forces ; prodiguant les veilles, multipliant les recherches de laboratoire, il arriva à mettre bien en lumière un point à peine effleuré de la myologie et montrer *le rôle*, primordial à son avis, *de la compression dans la localisation des tendons*.

Ces recherches, il comptait les poursuivre après le concours du prosectorat qui s'était ouvert en juillet ; la mort est venue l'interrompre dans son œuvre et empêcher la réalisation d'un rêve auquel il voulait consacrer toute sa vie et toutes ses pensées.

Dans le dernier assaut que lui livra la maladie qui l'emporte, obsédé par la seule idée de son concours, il sentit cependant que la fin était proche : « Je meurs au port, disait-il à sa sœur qui l'a soigné pendant toute sa maladie avec un admirable dévouement ; si seulement j'arrive au prosectorat, je ne pourrai pas aller plus loin. » Son pressentiment ne l'avait pas trompé ; ses amis garderont la mémoire de l'homme droit, sincère, intelligent, du travailleur infatigable, du chercheur convaincu, que fut Jules ROMIGNOT. Dr G.

***

Aux funérailles, qui ont eu lieu jeudi, les discours suivants ont été prononcés par M. le professeur FOLET, remplaçant le Doyen et par M. le professeur DEBIERRE.

Discours de M. le professeur Folet

Messieurs,

Au nom du doyen absent, je viens rendre le dernier hommage à l'un des membres les plus méritants et les plus sympathiques du personnel auxiliaire enseignant de la Faculté. Je suis d'autant mieux désigné pour remplir ce devoir que j'ai connu Jules ROMIGNOT dès sa première enfance, le suivant à travers les succès scolaires et les épreuves du baccalauréat jusqu'au seuil des études médicales.

Elève en médecine ROMIGNOT s'était assez vite, sous l'inspiration de notre collègue DEBIERRE, orienté vers l'anatomie. Nommé aide d'anatomie au concours, il remplissait depuis quelque temps les fonctions de prosecteur et faisait aux étudiants des conférences préparatoires d'ostéologie très soignées et très claires. Ayant passé cette année même sa thèse de doctorat sur un sujet original d'anatomie qu'il avait longuement travaillé, il allait aborder le concours du prosectorat. Tout lui présageait la réussite, car il était de ceux sur lesquels la Faculté comptait, lorsqu'un mal dont il portait le germe depuis longtemps prit soudain une allure aiguë inquiétante. Il est hors de doute que les travaux de dissection et les veilles auxquelles il se livra pour l'achèvement de sa thèse et la préparation de son concours, que tout ce surmenage eut le plus fâcheux effet sur l'évolution de la maladie. Heureusement le pauvre enfant, bercé par des illusions consolatrices, ne voyait pas la gravité croissante de sa situation et presque jusqu'au bout il continua de sourire à ses rêves d'avenir.

Doué d'une intelligence ouverte et vive, d'un caractère facile et gai, ROMIGNOT était aimé de tous à la Faculté. Ses maîtres, ceux surtout qui, comme moi, l'ont bien connu et l'ont eu pour élève particulier, ses camarades qui lui étaient très attachés et voyaient avec tristesse sa santé décliner de jour en jour, tous donneront un regret et une larme à cet aimable et laborieux jeune homme prématurément disparu.

Il meurt à 26 ans, nous laissant le souvenir mélancolique et doux d'une jeunesse charmante, fauchée avant l'heure et de légitimes espérances irréalisées...

Discours de M. le professeur Debierre

Mon cher ROMIGNOT, infortuné camarade, qui m'aurait dit, en te quittant après l'année scolaire, que je ne serais revenu vers toi que pour t'adresser un éternel adieu. Je ne puis surmonter l'émotion qui m'étreint, je ne puis, un seul instant, m'arracher à la douleur qui m'oppresse pour me rappeler, en face de cette fosse prématurément ouverte, la vanité des choses humaines. Ta mort ne dément-elle pas l'existence d'une providence sage, juste et bonne ?

Jeune, actif, intelligent, laborieux, cœur franc et loyal, tu étais aimé de tous et tu pouvais aspirer aux plus légitimes ambitions. Et te voilà fauché par la mort imbécile, couché pour jamais dans cette tombe. A cette pensée, on se demande si tout n'est pas inutile et vain, s'il ne faut pas s'abandonner au douloureux scepticisme ou au morne désespoir. Eh bien ! non, tu savais, toi aussi, que si la vie individuelle tombe et périt, la vie générale est éternelle et que nous devons y apporter toutes nos forces.

Si tu pouvais encore tressaillir dans ton cercueil, tu éprouverais une dernière satisfaction à voir l'émotion qui bouleverse notre âme, la douleur qui frappe le cœur de tous tes amis. Rien ne pourrait mieux aussi consoler la femme admirable, ta sœur dévouée qui a veillé sur toi, qui t'a soigné avec une tendresse de mère. Mais je sais qu'il y a des douleurs qui ne veulent pas être consolées.

Au nom du service d'anatomie, au nom de tes camarades, je t'adresse, mon pauvre ROMIGNOT, un dernier adieu. Ton souvenir ne s'effacera jamais des lieux où, malgré ton jeune âge, tu avais accompli un si fécond et si laborieux travail.

Et quand les maîtres auront à donner aux jeunes un exemple de travail, d'activité, de volonté, c'est ton souvenir qu'ils évoqueront.

Je ne saurais faire un plus bel éloge de ta trop courte carrière.

Notre Carnet

Le 6 septembre a été célébré, à Saint-Amand-les-Eaux, le mariage de M. Edouard BRETON, pharmacien, préparateur à la Faculté de médecine, avec Mademoiselle Fernande ROUGEFORT. Nos meilleurs félicitations aux jeunes mariés.

FACULTÉS & ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Bordeaux. — Un **Concours** pour une place de chef de clinique médicale sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux le lundi 17 novembre 1902.

Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au jeudi 13 novembre.

Tours. — Un **Concours** pour une place de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales aura lieu à la Faculté de médecine de Paris le 19 janvier 1903.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs F.-C. COLLIN, de Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre) ; DELACOUR, de Rennes.

OUVRAGES REÇUS

— **La vie en prison**, par le docteur Ch. PERRIER, Lyon, *Storck*, 1902.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 299. Sixième Année. N° 40. Le Numéro : **10** centimes. 5 Octobre 1902

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 fr. par an.
Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques mots sur l'Agurine

par MM. le professeur **Combemale** et **Obers**, externe des hôpitaux

Le clinicien trouve dans la théobromine un diurétique puissant, mais peu facile à manier en raison de son insolubilité ; la théobromine a cependant fait depuis longtemps ses preuves. On lui a un temps préféré la diurétine, sel double de théobromine sodée et de salicylate de soude à parties égales, qui a l'avantage d'être soluble, mais présente par contre les inconvénients d'être d'un goût désagréable, quelque subterfuge que l'on emploie pour le cacher, d'être mal supportée, et de provoquer des vomissements, parfois enfin d'exercer une action nuisible sur le cœur.

Mais bientôt le problème s'est posé de trouver un composé chimique, actif de par la théobromine qu'il contiendrait, soluble à l'inverse de ce médicament et ne possédant aucun des inconvénients secondaires de la diurétine. Impens (1) croit avoir résolu le problème en remplaçant le salicylate de soude par l'acétate de soude, sel inoffensif par lui-même et possédant déjà des propriétés diurétiques. Dans cette combinaison de théobromine, il entre pour 1 gramme de théobromine, 0 gr. 40 d'acétate de soude, la teneur en théobromine étant, grâce au poids moléculaire restreint de l'acétate de soude, de 10 % supérieure à celle de la diurétine. Le nom d'agurine a été donné à ce corps.

***

L'agurine se présente sous forme d'une poudre blanche, hygroscopique, facilement soluble dans l'eau, d'une saveur salée et amère, de réaction franchement alcaline.

Dans ses premières recherches physiologiques, Impens a étudié l'action diurétique de l'agurine chez le lapin et a trouvé ce pouvoir plus puissant que celui de la diurétine, l'agurine ayant le grand avantage de n'influencer ni la circulation, ni la muqueuse digestive, ni le rein. Sur l'homme il constata une diurèse relative ; il explique du reste ce fait, en disant que l'organisme physiologique, dont l'équilibre hydrique est normal, ne peut céder que la partie mobile de son liquide ; si la réserve de liquide de l'organisme est faible ou nulle, l'effet diurétique sera également nul. Il nota aussi que l'élimination des matières fixes (urée,

(1) Impens. Contribution à l'étude des préparations solubles de théobromine. *Archives internationales de pharmacodynamie et de thérapie*, vol. IX, 1901, p. 1.

phosphates, chlorures) est favorisée. La conclusion de M. IMPENS était que l'agurine était la préparation de théobromine la plus inoffensive, la plus avantageuse et la plus rationnelle.

La première étude clinique de l'agurine est due au professeur DESTRÉE (1), dont l'opinion est d'emblée favorable. C'est un bon diurétique, dit-il dans ses conclusions, bien supporté à cause de sa faible causticité ; son action se fait sentir à des doses relativement faibles, ses effets pouvant déjà se manifester aux doses de 0 gr. 25 et 0 gr. 50 par jour. Dans un cas particulier 1 gr. 50 administré pendant quelques jours a fait monter la quantité d'urine de 1,200 cc. à 4,000 cc. Ses effets ne portent pas seulement sur la quantité d'eau éliminée, mais aussi sur les éléments solides excrétés par le rein ; ils persistent plusieurs jours, souvent une semaine, après son administration. L'élimination des phosphates de l'urine est surtout accrue sous l'influence de l'agurine, et de ce chef le médicament doit être rejeté quand il y a phosphaturie. Enfin les effets sont inconstants dans les affections rénales, peut-être même nocifs. De ces conclusions favorables, il faut retenir qu'il n'y a pas intérêt à donner la diurétine chez les brightiques non plus que chez les malades susceptibles de se déminéraliser facilement.

Presqu'en même temps que cette communication de DESTRÉE, paraissait un petit travail du docteur MICHAELIS (2), assistant de l'hôpital municipal de Berlin, qui publiait les succès obtenus sur de nombreux malades avec l'agurine dans le service du professeur LITTEN.

Pour MICHAELIS, l'agurine est indiquée en premier lieu dans les œdèmes, surtout quand ils dépendent d'une lésion valvulaire du cœur; les meilleurs effets sont obtenus, quand préalablement ou simultanément la digitale a été administrée. Dans les cas d'intégrité rénale, l'agurine agissait toujours très rapidement ; mais, s'il y avait de la néphrite, l'action thérapeutique était nulle, excepté dans le cas de néphrite interstitielle légère ou chronique. Le clinicien affirme, d'autre part, n'avoir jamais eu à noter d'effet accessoire désagréable sur le cœur ou sur l'estomac ; souvent même, dit-il, là où la diurétine provoquait des nausées, l'agurine a été parfaitement supportée. Son effet se manifeste du reste rapidement, mais s'éteint en général un jour après la cessation de la médication. La dose administrée chez l'adulte a été de 1 gr. trois fois par jour.

(1) DESTRÉE. *Société thérapeutique de Paris*, 11 juin 1901.

(2) MICHAELIS (*Deutsche Aerzte Zeitung*, n° 24, 1901).

L'opinion de MICHAELIS confirme donc celle de DESTRÉE : l'agurine est un excellent diurétique, dont il faut éviter l'emploi chez les brightiques, et qui ne donne lieu à aucun effet désagréable.

Mêmes conclusions aussi catégoriques données par le professeur BUCHWALD (1) (de Breslau) :

Chez les cardiaques porteurs d'œdèmes on constate la disparition indubitable des œdèmes et des hydropisies. Dans les cas de néphrites les résultats sont moins nets. Contre l'ascite, l'effet est nul. Il n'est jamais noté d'effets accessoires nocifs. Au cas de susceptibilité de la part du malade, il est conseillé d'administrer l'agurine mélangée à de l'eau de menthe poivrée ou sous forme de pastille contenant 0 gr. 50 de principe actif.

Quant à LITTEN, il répète ce qu'avait dit MICHAELIS : « L'agurine n'a pas les inconvénients que peut entraîner pour la diurétine son radical salicylique sur l'estomac et le cœur. Elle est bien supportée, constitue un diurétique rénal vrai et est indiquée dans toutes les hydropisies dans lesquelles l'*épithélium* rénal est intact ou suffisamment conservé pour réagir sous l'influence du médicament. L'action diurétique se fait sentir au bout de deux à trois jours et cesse environ quarante-huit heures après l'administration de la dernière dose.

De BUCK (2), n'est pas moins affirmatif : « L'agurine, dit-il, est un précieux remède pour déshydrater l'organisme dans tous les cas où le rein n'est pas ou du moins pas profondément altéré ». « Les doses de 2 grammes en moyenne par jour suffisent, mais on peut aller au-delà, car le médicament est bien supporté et ne provoque aucun trouble secondaire ». Considérant que l'agurine est très hygroscopique et s'altère en présence de l'acide carbonique de l'air, M. de BUCK recommande de le prescrire dans du papier parcheminé ou bien de préparer les solutions dans de l'eau ordinaire ou de l'eau de menthe, de mélisse, à réaction non acide, en évitant les mélanges de sirop, de sucs de fruits, et en édulcorant de préférence avec le sucre artificiel cristallisé.

Ces opinions sont certes concordantes ; et l'agurine

(1) BUCHWALD. *Schlesische Aerzte Correspondenz*, septembre 1901.

(2) DE BUCK. Quelques considérations cliniques relatives à l'agurine. *Belgique médicale*, 1902, p. 371.

doit apparaître comme un bon diurétique, le diurétique idéal même qu'est la théobromine, débarrassé de ses effets secondaires. C'est sous cette impression, résultat de nos lectures de la bibliographie de l'agurine, que nous avons entrepris quelques recherches cliniques. Nous avons hâte de dire que notre opinion définitive n'est pas de tous points conforme à celle des auteurs qui précèdent.

A deux reprises, nous avons essayé de l'agurine; l'espace de quelques mois qui a séparé nos deux tentatives était destiné à obscurcir l'influence que nos lectures ou notre première expérimentation pouvaient exercer sur notre jugement clinique. A chaque tentative, l'agurine a été donnée à des sujets porteurs de lésions rénales et cardiaques. Les doses quotidiennes administrées, toujours sous forme de cachets, ont varié de 1 à 3 gr. De plus, chacun de ces malades était soumis au régime lacté absolu. Les urines étaient jaugées, presque toujours examinées journellement pour dosage de l'urée, des phosphates, du chlore.

Voici d'abord nos observations cliniques; nous les ferons suivre de quelques réflexions.

Observation I. — H..., Victor, 68 ans, journalier, est porteur depuis huit ans d'une néphrite interstitielle chronique par athérome, qui donne fréquemment lieu, à intervalles irréguliers cependant, à des accès bâtards d'urémie et d'hyposystolie.

Le 10 décembre 1901, il entre à la Charité avec un œdème des jambes notable, les poumons infiltrés aux bases, la respiration fort gênée; son visage est bouffi et les paupières inférieures sont le siège d'une infiltration abondante. Immédiatement soumis au régime lacté avec 2 gr. de théobromime, une diurèse abondante se produit et la dyspnée et l'œdème disparaissent rapidement. De 400 gr. ses urines montent le deuxième jour à 1.200 gr., le troisième à 1.800 gr., le quatrième à 2 litres, le cinquième à 2 lit. 500 cc. et les jours suivants le volume atteint 3 lit. 500. Le malade sort quelques jours après en bon état, sans trace aucune d'œdème ni d'hydropisie.

Mais le 3 février 1902 on le ramène dans un état lamentable; l'œdème s'est à nouveau généralisé, la figure est bouffie, les membres inférieurs, les bras même sont infiltrés de sérosité. La dyspnée est intense, tout le poumon est criblé de sous-crépitants. L'examen de l'urine pratiqué le 4 février donne comme résultat :

Volume	600 cc.			
Densité	1.016			
Albumine	2 gr.	par litre,	soit 1 gr. 20	au total
Urée	15 gr.	id.	soit 9 gr.	id.
Phosphate	3 gr. 60	id	soit 2 gr. 10	id.

Cette fois, bien que les phénomènes fussent plus accentués que lors de son premier séjour, on soumet encore le malade au régime lacté, et en prenant pour point de comparaison la théobromine, on lui administre la même dose d'agurine, soit deux grammes.

Dès le lendemain, 5 février, l'analyse des urines donne :

Volume	1.800 cc.			
Albumine	1 gr.	par litre,	soit 1 gr. 80	au total
Urée	16 gr.	id.	soit 28 gr. 80	id.
Phosphate	1 gr. 20	id.	soit 2 gr. 16	id.

Le 6 février, on recueille :

Volume	2 litres			
Albumine	traces			
Urée	17 gr.	par litre,	soit 34 gr.	au total
Phosphate	1 gr. 20	id.	soit 2 gr. 40	id.

et l'on élève la dose d'agurine à 3 grammes, mais l'œdème et l'oppression persistent quand même et le taux urinaire ne s'élève pas davantage.

Devant cet état stationnaire, on a recours aux 2 gr. de théobromine qui avaient précédemment été si utiles; et en deux jours l'œdème disparaît, le premier jour le malade ayant donné 3 litres d'urine, le second 3 litres 500.

Observation II. — D.., Gustave, 54 ans, est atteint de néphrite épithéliale chronique, depuis deux ans environ. Malgré un séjour prolongé à l'hôpital, malgré le traitement diététique par le régime lacté, l'albumine reste au minimum de 2 grammes par litre; les épistaxis, les crampes, la céphalée persistent. Le 10 février 1902 les urines qui s'étaient maintenues jusque-là à un volume de 1 lit. 800 cc. à 2 litres, tombent subitement à 600 cc.; en même temps apparaît un œdème assez important, signe d'une poussée aiguë de la néphrite, qui envahit les membres inférieurs.

Dans le but de rétablir la diurèse, on donne 2 gr. d'agurine le 13 février; et la quantité d'urine augmente; le 14 on a 1.200 gr., le 15 avec 3 gr. d'agurine on a 1 lit. 800 cc.; le 16, 2 litres, mais l'œdème persiste quand même et la respiration devient gênée. Dans ces conditions on fait appel à la théobromine et, au bout de quelques jours, 2 gr. de ce produit entretiennent et augmentent la diurèse, en même temps que les œdèmes s'effacent.

Observation III. — Champ..., Louis, charretier, âgé de 47 ans, consécutivement à plusieurs attaques de rhumatisme aigu, est porteur d'une péricardite chronique et d'une insuffisance mitrale. Par suite de la symphyse cardiaque qui domine, l'hyposystolie est permanente et se traduit en plus de l'œdème des membres inférieurs par un volumineux foie induré; les urines sont généralement peu abondantes. Mais vers le 20 janvier 1902, alors que les jambes sont plus œdématiées que d'ordinaire, après une prise de digitaline destinée à invigorer le cœur défaillant, l'examen des urines analysées ayant donné :

Volume	1 litre
Urée	16 gr. par litre
Phosphates	1 gr. 25

on prescrit le 21 janvier 2 grammes d'agurine. L'ingestion n'occasionne pas de nausées immédiates ; mais bientôt le malade se plaint de violentes coliques et dans les vingt-quatre heures qui suivent il a jusqu'à douze selles. Pour cette raison sans doute, les urines sont :

Volume...	500 cc.	
Urée............	20 gr.	par litre, soit 10 gr. au total
Phosphates......	1 gr. 90	id. soit 2 gr. 95 id.

Le 23 janvier, après la dose de 2 gr. d'agurine prise à nouveau la veille, on obtient :

Volume	1.100	
Urée............	8 gr.	par litre, soit 8 gr. 80 au total
Phosphates......	1 gr. 95	id. soit 2 gr. 15 id,

Le 24 janvier, le malade qui a encore éprouvé la veille quelques nausées après l'ingestion de ses 2 grammes d'agurine, refuse de continuer cette médication. L'urine correspondante à cette dernière prise d'agurine était de :

Volume.........	1.200 grammes	
Urée............	12 gr.	par litre, soit 14 gr. 40 au total
Phosphate.......	1 gr. 20	1 gr. 44

Observation IV. — B..., Jean-Baptiste, 74 ans, terrassier, a de la céphalée depuis deux mois, et le soir ses jambes sont enflées. A l'examen, le cœur bat irrégulièrement, et les battements sont sourds, éloignés, chaque intermittence est transmise à l'artère radiale. Au bout de quelques jours de régime lacté et de spartéine, le cœur, moins irrégulier, bat un peu plus énergique, mais l'œdème des jambes persiste. C'est dans ces conditions qu'on fait prendre au malade 2 grammes d'agurine.

Dès le premier jour d'agurine, l'examen des urines donne :

Volume.....	1.650 cc.	
Aspect............	trouble	
Réaction...........	alcaline	
Densité............	1.009	
Urée..	7 gr.	par litre,. soit 11 gr. 55 au total
Albumine..........	Néant	
Chlore.............	6 gr. 25	par litre, soit 10 gr. 30 au total
Acide phosphorique	1 gr. 25	id. soit 2 gr. 05 id.

Le 1 mai, second jour du traitement, on donne 3 grammes d'agurine et l'on obtient :

Volume......... ...	2 litr. 200	
Urée..............	7 gr.	par litre, soit 15 gr. 40 au total
Chlore............	4 gr. 80	id. soit 10 gr. 55 id.
Acide phosphorique	0 gr. 52	id. soit 1 gr. 15 id.

Le 2 mai, l'œdème persiste, mais seulement autour des malléoles, et l'urine se chiffre :

Volume............	2 litr. 450 grammes	
Aspect............	trouble	
Urée..	7 gr.	par litre, soit 17 gr. 15 au total
Chlore............	5 gr.	id. soit 12 gr. 40 id.
Acide phosphorique	0 gr. 75	id. soit 1 gr. 80 id.

Le 3 mai, comme l'œdème a totalement disparu, on suspend l'agurine ; on a cependant encore :

Volume............	2 litres 300	
Urée..............	7 gr.	par litre, soit 16 gr. 10 au total
Chlore............	3 gr. 50	id. soit 8 gr. 05 id.
Acide phosphorique	1 gr. 02	id. soit 2 gr. 35 id.

Le 4 mai le volume tombe à 2 litres ; le 5 on n'a plus que 1.200 gr.

Observation V. — V..., Pierre, 16 ans, est porteur d'une symphyse cardiaque avec insuffisance mitrale consécutive à une sévère attaque de rhumatisme Il entre à l'hôpital avec un œdème généralisé : les membres inférieurs sont enflés, froids, le visage est bouffi et le ventre est distendu par une ascite, abondante au point de gêner la respiration. Le repos au lit n'amène aucune modification ; la digitaline reste sans effet immédiat ; aussi le 19 avril 1902, par la paracentèse, on retire 6 litres de liquide citrin fluide de l'abdomen.

Le 30 avril l'ascite persiste, malgré une seconde ponction ; l'œdème des jambes aussi. On tente l'agurine pour amener de la diurèse. Le taux des urines, la veille de la première prise d'agurine était de :

Volume............	1.200 cc.	
Aspect............	limpide	
Réaction..........	alcaline	
Urée..............	7 gr.	par litre, soit 8 gr. 40 au total
Albumine..........	Néant	
Chlore............	29 gr.	id. soit 2 gr. 40 id.
Acide phosphorique	0 gr. 92	id. soit 1 gr. 10 id.

Le 1 mai cette première prise de 2 gr. d'agurine donne :

Volume..	1.500	
Urée....	12 gr.	par litre. soit 18 gr. au total
Chlore............	4 gr. 70	id. soit 7 gr. 05 id.
Acide phosphorique	1 gr. 32	id. soit 2 gr. 03 id.

Le 2 mai, la dose d'agurine est augmentée ; on donne 3 grammes et le chiffre des urines monte à :

Volume...........	2 litres 200.	
Urée..............	12 gr.	par litres, soit 26 gr. 40 au total.
Chlore............	3 gr. 20	id. soit 7 gr. id.
Acide phosphorique	1 gr. 85	id. soit 3 gr. 88 id.

Comme l'œdème des jambes tend à diminuer, sans toutefois que l'ascite paraisse influencée, le 3 mai, on continue les 3 grammes d'agurine et l'on obtient :

Volume............	2 litres 400	
Urée	12 gr.	par litre, soit 28 gr. 80 au total
Chlore............	3 gr. 20	id. soit 7 gr. 68 id.
Acide phosphorique	1 gr. 85	id. soit 4 gr. 07 id.

Le 4 mai l'œdème des membres inférieurs a presque totalement disparu ; l'urine émise est de :

Volume...........	2 litres 400	
Urée.	12 gr.	par litre, soit 32 gr. 40 au total
Acide phosphorique	1 gr. 85	id. soit 5 gr. 05 id.
Chlore............	3 gr. 20	id. soit 8 gr. 64 id.

Le 5 mai on a encore 2 lit. 900 d'urine ; les matières solides sont restées au même chiffre, à peu près :

Urée...	11 gr. 5	par litre, soit 33 gr. 35 au total
Chlore............	3 gr. 12	id. soit 9 gr. 05 id.
Acide phosphorique	1 gr. 25	id soit 3 gr. 625 id.

Le 6 mai on suspend le médicament, et les jours suivants le malade émet encore 2 litres, puis 1.800 cc., puis 1.600 et reste à ce taux pendant quelques jours.

Observation VI. — D..., Henri, 17 ans, est porteur

d'une insuffisance mitrale consécutive à plusieurs attaques de rhumatisme survenues depuis trois ans.

Le 4 avril 1902, il entre à l'hôpital en asystolie : dyspnée intense, jambes distendues par l'œdème, fois gros, dur ; si l'on appuie fortement sur le foie, les veines du cou se gonflent, le réflexe hépato-jugulaire a lieu, les battements du cœur sont faibles, fréquents. Les urines sont rares, colorées, légèrement albumineuses. Cinquante gouttes de la solution hydro-alcoolique de digitaline cristallisée au millième sont destinées à amorcer la médication par l'agurine.

Mais, dès l'ingestion du premier gramme d'agurine, le malade est pris de nausées, que suivent bientôt des vomissements et de la diarrhée Une nouvelle tentative est faite le lendemain pour donner l'agurine, mais les mêmes nausées s'étant produites, le malade refuse de prendre les cachets contenant ce médicament.

Observation VII. — M.., Jean-Baptiste, 72 ans, tisserand, est un artério-scléreux cardiaque et rénal, qui s'est déjà plusieurs fois présenté à l'hôpital en état d'asystolie ; la digitaline une fois, la théobromine l'autre, le remirent assez vite sur pied.

Sorti le 4 juillet amélioré, il revient le 17 juillet 1902, en état d'asystolie encore plus marqué que précédemment. Les jambes et les cuisses présentent un œdème considérable ; il tousse, et ses poumons sont remplis de râles sous-crépitants, indices d'une congestion intense ; son visage et ses paupières surtout sont bouffies. Son cœur bat sourdement, son pouls est irrégulier, il urine très peu ; le 19 au matin il n'avait donné dans la journée précédente que 700 gr. d'urine, malgré le régime lacté et un peu de spartéine.

Le 20 juillet, l'œdème n'ayant pas diminué, malgré le repos au lit, tout en maintenant la spartéine, on lui donne 3 grammes d'agurine, soit 3 cuillerées à potage de la solution suivante :

Agurine	10 gr.
Eau de fleur d'oranger	20 gr.
Sirop de menthe	20 gr.
Eau distillée	110 gr.

Le lendemain, 21 juillet, exactement vingt-quatre heures après, le malade a uriné 3 litres, l'œdème a cédé un peu, son pouls s'est régularisé et les battements cardiaques sont plus clairs ; on continue l'agurine à la même dose. Du reste, le malade n'a éprouvé aucune nausée, aucun trouble gastrique.

Le 22 juillet, l'urine émise est de 4 litres 500 ; l'œdème a presque totalement disparu au poumon ; encore quelque râles à la base. On maintient le régime lacté et 3 gr. d'agurine.

Le 23 juillet, l'urine émise se chiffre par 6 litres.

Mais, dans la soirée du 22, le malade se plaint de maux de tête, il est quelque peu obnubilé : il cherche à se lever malgré la défense qui lui en est faite, et une fois sur son séant il a du vertige.

Les urines ne contiennent pas, il est vrai, trace d'albumine, mais le pouls est inégal, une pulsation bien frappée est suivie d'une ou plusieurs autres très faibles. Il n'y a pas eu de vomissement.

Devant cet état syncopal, on suspend l'agurine.

Le 24 juillet, l'excitation a disparu, le malade a cependant encore uriné 4 litres. Le cœur bat assez régulièrement.

La lecture des sept observations que nous venons de rapporter est intéressante. Elle autorise d'une façon peu contestable une conclusion analogue à celle que nous avons reproduite d'après les auteurs, que l'agurine est un diurétique; mais elle démontre de façon non moins incontestable que cette propriété n'est point tellement marquée qu'elle doive faire passer sous silence ses inconvénients.

L'agurine est en effet un diurétique, les observations I, IV, V, surtout l'observation VII le prouvent surabondamment : deux artério-scléreux, mi-partie rénaux, mi-partie cardiaques enflés des jambes, œdématiés des poumons, avec 2 et 3 grammes d'agurine, urinent graduellement davantage, mais sans exagération notable, ne dépassant pas 2 litres 500 ; un jeune cardiaque de même, en hyposystolie, voit bien ses urines monter de 1.200 centimètres cubes à 2.900 dans la journée, mais n'atteint que péniblement ce chiffre. Encore faut-il ajouter que cette diurèse avait été sérieusement amorcée et préparée chez deux d'entre ces trois malades par la digitaline (Obs. IV), par une ponction d'ascite (Obs. V). Celui de ces malades dont la diurèse n'avait point été préparée n'a atteint que 2 litres par jour. Et le régime lacté absolu était imposé à chacun. Les six litres d'urine au troisième jour, après 9 grammes d'agurine en tout, qu'a donnés le sujet de l'observation VII est encore plus remarquable.

L'agurine est donc bien un diurétique, mais il y a meilleur diurétique que l'agurine.

Et ce meilleur diurétique est la théobromine elle-même, qui entre dans la composition de cette agurine ; En prescrivant 2 et 3 grammes d'agurine, on ne donne que 1 gr. 20 et 1 gr. 80 de théobromine; or, l'action diurétique obtenue correspondait à celle de ces doses de façon certaine; nous n'en voulons pour preuve que l'amélioration de la diurèse lorsque (Obs. I et Obs. II) on remplace sans délai l'agurine par la théobromine. Si l'agurine est un diurétique, c'est donc à la théobromine qu'elle contient qu'elle le doit; et pour obtenir les mêmes résultats qu'avec la théobromine, théoriquement il faudra presque doubler les doses.

Mais à part l'inconvénient d'employer des doses d'agurine doubles de celles de théobromine qui sont efficaces, y a-t-il des avantages notables à se servir de l'agurine ? Nous avouons n'en point voir : tout

comme la théobromine, tout comme la diurétine, l'agurine peut provoquer des nausées, des vomissements, de la diarrhée; nos Observations III et VI sont explicites à ce sujet ; et nous ne comprenons guère, puisque deux sur sept de nos malades l'ont éprouvé, que les expérimentateurs qui nous ont précédé n'aient pas observé la chose et n'aient pas craint d'affirmer le contraire. Cet avantage qu'on s'était plu à reconnaître à l'agurine, de n'avoir point d'effet secondaire désagréable, lui manque donc en réalité. Et ceci acquis, nous ne voyons pas bien ce qui reste de particulier à l'agurine, que la théobromine ou la diurétine ne puissent revendiquer.

A se placer exclusivement au point de vue clinique, sans rechercher d'où l'agurine tire ses propriété diurétiques, sans la comparer à d'autres diurétiques, il convient de souligner les points qui sont favorables à son emploi et que les premiers cliniciens avaient notés.

Ce sont bien les cardiaques avec œdèmes périphériques qui se trouvent justiciables de l'agurine (Obs. V); ce sont peut-être, à notre sens, encore davantage les artérioscléreux, rénaux et cardiaques à la fois (Obs. I, IV et VII). Chez ces malades la diurèse commence et s'entretient facilement avec 2 et 3 gr. d'agurine, mais sans déplétion rapide et excessive. Cette diurèse n'est du reste pas persistante et tombe vite dans les deux jours qui suivent la cessation du médicament.

Les brightiques, pourvu que la quantité d'albumine contenue dans chaque litre d'urine ne dépasse point 2 grammes, peuvent aussi bénéficier de l'agurine. A ce point de vue, l'observation II est instructive, et corrige un peu ce qu'avait de trop nettement prohibitive la conclusion de MICHAELIS. Nous pensons que, de même que la théobromine n'est pas absolument contre-indiquée quand il y a albuminurie faible, de même l'agurine peut être employée sans crainte.

L'analyse des urines que nous avons faite chez presque tous les sujets traités par l'agurine nous permet de relever une assertion un peu hasardée de DESTRÉE. Nous avouons ne pas être de l'avis de cet auteur qu'il faut craindre la phosphaturie.

Nous avons bien noté, avec satisfaction pour nos malades, que sous l'influence du médicament l'urée augmentant dans de notables proportions, passait de 9 gr. à 34 gr. par jour (Obs. I) de 8 à 33 (Obs. V) dans les cas les plus marqués; mais nous avons aussi remarqué que le phosphore variait peu, ainsi que le chlore. Une seule exception est à noter, c'est celle de l'observation V, dans laquelle l'acide phosphorique parti de 1 gr. 1 atteint 5 gr. 05 et les chlorures de 2 gr. 4 rebondissent à 9 gr. 05 dans les vingt-quatre heures. Comme il s'agit de ce jeune cardiaque avec ascite, qui a le plus rendu sous l'influence de l'agurine, il faut croire que l'augmentation parallèle des déchets et du volume d'urine constatée chez lui et non perçue chez les deux autres tient à une autre cause que l'agurine. Nous ne craignons donc point pour ces malades la déminéralisation, pas plus en chlorures qu'en phosphates.

S'il nous fallait résumer notre opinion sur l'agurine, nous dirions que c'est un médicament qui, aux doses de 2 et 3 grammes, lorsque les voies sont préparées par un tonique cardiaque, par le régime lacté, et lorsqu'il n'offense point le tube digestif, est susceptible de provoquer une diurèse moyenne, sans brusquerie, peu durable. Mais s'il nous fallait la comparer à la théobromine, dont elle tient toutes ses propriétés, nous lui préférerions celle-ci à raison de la netteté plus accentuée de son action diurétique; et si nous devions nous prononcer sur sa valeur comparée avec la diurétine, nous mettrions celle-ci au troisième rang, parce que, tirant comme l'agurine ses propriétés diurétiques exclusivement de la théobromine, sa teneur en théobromine est moindre encore que la teneur de l'algurine.

Monoplégie brachiale au cours de la chorée de Sydenham

PAR LES DOCTEURS

G. Raviart, Médecin-Adjoint et **P. Caudron**, Interne

à l'Asile des aliénés d'Armentières

G. N. est une fillette âgée de 14 ans, qui présentait des mouvements choréiques depuis trois semaines, lorsque nous fûmes appelés à l'examiner.

Ses *antécédents héréditaires* sont les suivants : Le père, âgé de 53 ans, alcoolique, buvait déjà lorsqu'il eut sa fille; de caractère assez emporté, il est vif, rancunier et méchant quand il est pris de boisson.

La mère, âgée de 55 ans, est rhumatisante depuis quelques années.

Rien à signaler chez les grands-parents.

Un oncle du côté paternel est atteint d'aliénation mentale.

Notre malade a deux sœurs et deux frères. La sœur aînée, vive comme son père, a quatre enfants, dont l'un, une fillette, eut vers l'âge de trois ans des accidents choréiques qui ont duré trois à quatre semaines : elle avait eu peur d'un cheval qui s'était approche

d'elle, avait eu une crise de larmes d'une durée de trois heures environ, et les mouvements étaient survenus; ils existaient pendant le sommeil, la volonté n'avait sur eux aucune influence, et ils disparurent progressivement : elle n'a plus rien eu depuis.

Antécédents personnels : Notre malade est née et a habité dans un ancien bateau, jusque l'âge de 12 ans ; ce fait a son importance si on songe que, matin et soir, elle se trouvait dans une atmosphère très humide qui n'a pas été sans influence sur elle. A un an, elle fit une rougeole assez maligne; il y a deux ans, elle tomba à l'eau et ne fut pas changée de suite, d'où refroidissement; puis plus rien jusqu'il y a deux mois, époque à laquelle elle fit du *rhumatisme polyarticulaire subaigu*, mobile, qui intéressa successivement les chevilles, les genoux et les épaules. Ce rhumatisme survint à un moment où les brouillards étaient particulièrement intenses, et, d'autre part, la malade, appelée à nettoyer fréquemment la maison, ne se souciait pas de se changer lorsqu'elle était mouillée. Comme on le voit, les causes de refroidissement étaient multiples

Quatre semaines après l'apparition du rhumatisme, à la suite de quelques contrariétés (elle avait eu au petit doigt de la main droite une tourniole qui l'empêchait de travailler et, de plus, elle n'était pas heureuse chez elle), elle perdit l'appétit, devint constipée; en même temps, elle se mit « à sautiller et à rire ». Elle devint brusque dans ses mouvements et sa maladresse lui attira les reproches de l'entourage. Insidieusement et progressivement, les mouvements choréiques apparurent, la malade s'en aperçut en se regardant dans une glace. Ils étaient alors localisés à droite; au bout de quelques jours, ils avaient atteint l'intensité qu'ils présentaient lors de notre examen.

En même temps que les mouvements choréiques, l'entourage observait quelques modifications dans la manière d'être de la malade: vive, alerte, travailleuse, enjouée, coquette auparavant, elle était devenue sans goût, prenait moins de soins à sa toilette, pleurait facilement, tantôt « du chagrin de ces mouvements », d'autres fois, sans aucun motif : « on dirait que c'est « obligé », nous disait-elle.

Lors de notre premier examen, l'état de la malade était le suivant :

Motilité : Les mouvements choréiques absolument caractéristiques de la chorée de Sydenham étaient surtout localisés à *droite*.

Du côté de la *face*, l'attention était attirée par de multiples contractions des différents muscles, à droite surtout ; la *bouche* était grimaçante, les jeux de physionomie variés à l'extrême ; la *langue*, sans cesse en mouvement, n'obéissait plus à la volonté de la malade qui ne pouvait la tenir immobilisée hors de la bouche et qui était souvent gênée pour parler ou lire à haute voix ; la *luette* était le siège de contractions qui la projetaient en avant, en arrière ou latéralement ; les piliers du voile du palais étaient également convulsés; ces troubles n'apportaient, malgré leur intensité, que peu d'entraves à la déglutition; les *sourciliers* se contractaient fréquemment, donnant à la malade un air irrité. La musculature externe des *yeux* paraissait indemne, il n'y avait pas de nystagmus, mais il y avait des troubles manifestes du côté de l'iris. Au cours d'une lecture, la malade soudain ne distinguait plus que « du blanc sur du noir » et ne pouvait continuer à lire.

La *tête entière* était le siège de mouvements brusques de négation, d'affirmation ou de projection latérale.

Du côté du *tronc*, on constatait de brusques et fréquents haussements d'épaules.

Les *muscles respiratoires* étaient aussi le siège de spasmes qui se caractérisaient par de fréquents soupirs.

Le *cœur* ne présentait rien d'anormal.

Le *bras droit* était souvent projeté en extension, et la *main droite*, difficilement tenue immobile, était le siège de mouvements de flexion et d'extension des doigts ; le petit doigt était le plus souvent en extension forcée.

Le *membre inférieur droit* présentait également des mouvements incessants, la malade semblant battre la mesure avec le pied.

Le *bras* et la *jambe gauches* étaient presque indemnes.

Ces mouvements involontaires, brusques, arythmiques, étaient accrus par les émotions : la malade craignait qu'on lui fasse des observations et qu'on se moque d'elle et ses mouvements s'en accroissaient d'autant. Les mouvements volontaires exerçaient la même action : quand on faisait saisir un objet à la malade, elle étendait le bras, la main en griffe planait en quelque sorte au-dessus de l'objet, et, tandis qu'elle le saisissait brusquement, le bras était plus convulsé, le corps tout entier s'agitait et le pied droit battait fortement le sol.

Les mouvements diminuaient beaucoup lorsqu'on attirait fortement l'attention de la malade sur quelque chose, pendant qu'on lui examinait les yeux. La volonté ne parvenait que difficilement à les modérer et cela pendant très peu de temps, encore les mouvements augmentaient-ils d'intensité dans les régions non soumises à l'effort. Ils existaient pendant le sommeil.

Assise et ne se sachant pas observée, la malade était relativement tranquille, mais les mouvements apparaissaient à la moindre émotion ; aussi se mettait-elle en garde et tenait-elle la main droite dans la gauche, tandis que la jambe gauche, croisée sur l'autre, en modérait les mouvements.

La *station debout* était facile, mais la malade ne restait pas en place, se penchait soit en avant, soit en arrière et frappait le sol du pied droit.

La *marche* était difficile, claudicante et, lorsque la malade faisait demi-tour, elle tournait tout d'une pièce sur son talon gauche et posait lourdement le pied droit à terre.

La *force musculaire* était conservée, mais la malade se plaignait d'une certaine fatigue particulièrement dans les membres droits.

Les *réflexes tendineux* étaient normaux.

Sensibilité : Signalons comme troubles de la *sensi-*

bilité objective, l'anesthésie cornéenne et pharyngée, de la sensibilité douloureuse en quelques points du rachis, un point douloureux ovarien droit.

La *sensibilité subjective* était également troublée ; la malade éprouvait une sensation de pesanteur au niveau des deux épaules, au niveau de la droite surtout, de la lassitude des régions les plus agitées, une sensation de constriction au niveau du diaphragme; au niveau du tendon d'Achille droit, une sensation de gêne qu'elle définissait mal. Notons enfin qu'elle présentait la sensation d'une boule remontant de l'épigastre à la gorge.

L'état mental était modifié comme nous le signalons plus haut; la malade était inattentive, quelque peu obnubilée et elle passait du rire aux larmes avec la plus grande facilité.

Huit jours après notre premier examen, tous ces symptômes s'étaient aggravés, les membres gauches étaient aussi convulsés que les droits et la malade entrait à l'hôpital.

Là, l'aggravation continua et le bras droit, surtout, était le siège de mouvements choréiques très fréquents, même pendant le sommeil; la malade s'éveillait plusieurs fois la nuit. Au bout de quinze jours, les mouvements diminuèrent dans le bras droit qui s'affaiblit alors peu à peu, si bien que, huit jours plus tard, il était, suivant l'expression pittoresque de l'entourage, *devenu mou*. La malade ne pouvait plus tenir sa cuiller ni la porter à la bouche, et, lorsque la paralysie atteignit son maximum, seuls les doigts de la main droite pouvaient encore faire quelques petits mouvements, tout en continuant du reste d'être le siège de mouvements choréiques. Le bras était inerte et si la malade le voulait fléchir à angle droit, elle devait le maintenir de la main gauche, sinon il retombait.

La force dynamométrique était nulle de ce côté. Tandis que la paralysie s'installait, la main droite devenait œdématiée : œdème rouge conservant pendant quelques minutes l'empreinte digitale et empêchant la flexion des doigts.

Pas de troubles de la sensibilité locale.

Les mouvements choréiques étaient, pendant ce temps, très fréquents dans le reste du corps : la malade se cambrait, se penchait et sa tête surtout était sans cesse en mouvement.

Après une période d'augmentation de huit jours, une période d'état de trois jours, et une période décroissante de quinze jours environ, la paralysie brachiale droite disparaissait.

Au fur et à mesure que les mouvements redevenaient possibles dans le bras, les troubles choréiques y reparaissaient. Pendant un mois, ils persistèrent, puis diminuèrent peu à peu d'intensité sous l'influence du traitement institué par M. le docteur Dubar père (bromure de potassium arsenical, picrotoxine) et la jeune malade pouvait quitter l'hôpital complètement rétablie au mois d'avril dernier.

En *résumé*, notre choréique, fille d'alcoolique et de rhumatisante, nièce d'aliéné, tante de choréique comme elle, fut placée, dès son enfance, dans les conditions nécessaires pour faire du rhumatisme; plus tard, de nouvelles causes de refroidissement déterminaient l'apparition de rhumatisme polyarticulaire subaigu et, peu après, à l'occasion de quelques émotions, se montraient les premiers symptômes d'une chorée de Sydenham d'abord unilatérale, puis bientôt généralisée. Deux mois après le début, les mouvements diminuaient dans le bras droit, et faisaient place à une paralysie incomplète laissant les doigts presque indemnes. Cette paralysie fut d'une durée totale de trois semaines ; elle guérit sans laisser de traces.

Deux mois plus tard, tout mouvement choréique avait disparu.

Nous ne nous attarderons pas à discuter un diagnostic qui s'imposait.

Il s'agissait en somme d'une paralysie de la chorée affectant le type monoplégique dont la durée (trois semaines) fut normale et qui guérit sans laisser de traces; elle fut précédée et suivie par les mouvements choréiques qui disparurent eux aussi après une durée de quatre mois.

Si nous avons rapporté cette observation, c'est qu'elle nous a paru constituer un exemple assez typique de chorée de Sydenham compliquée de paralysie et qu'elle montre une fois de plus la curabilité de cette dernière.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Les fonctions hépatiques, par MM. le professeur A. Gilbert et P. Carnot, C. Naud, Paris 1902.

De la conception que l'on se fait d'un organe, dérive le plan qui doit être suivi pour en exposer les fonctions. Les fonctions hépatiques suivant la conception de MM. Gilbert et Carnot, se devinent par la définition suivante que, dès la troisième page de leur livre, ils donnent du foie : « L'organe hépatique subit au cours de l'évolution phylogénique des variations anatomiques et fonctionnelles telles que, primitivement glande digestive, puis à la fois glande digestive et sanguine, il devient d'une façon prédominante, chez les animaux supérieurs, à la suite de l'individualisation du pancréas, une glande vasculaire sanguine à sécrétion interne ». En effet, ce volume de 280 pages est en quelque sorte le développement de cette notion première. En extraire les quelques définitions suivantes, c'est donner la quintessence de ce travail important, sorte de mise au point de la question.

« La cellule hépatique seule est nécessaire et suffisante pour assurer les fonctions du foie : les formes lobaire et lobulaire ne sont qu'accessoires.

« Pour se rendre compte de l'importance relative des sécrétions interne et externe, nous comparerons volontiers l'usine hépatique à une usine à gaz : en observant les abords de cette usine et les matériaux qu'on en voit sortir, on pourrait tout d'abord la croire destinée à fabriquer du coke, des huiles lourdes, des matières colorantes, etc. Pourtant ces produits ne sont que les résidus d'une autre fabrication plus importante, celle du gaz, mais ce corps impalpable est évacué avec une canalisation souterraine ; le coke, déchet utilisé, représente la sécrétion externe; le gaz, produit principal, mais invisible, représente la sécrétion interne.

« La fonction uroporétique du foie est essentiellement une fonction antitoxique.

« Le rôle dépurateur du foie s'exerce aussi bien vis-à-vis des substances solubles étrangères à l'organisme, alimentaires ou toxiques, que vis-à-vis des corps étrangers solides.

« La sécrétion de la bile est continue ; son excrétion hors du réservoir vésiculaire est intermittente ; elle est provoquée par les substances à la digestion intestinale desquelles elle contribue, soit seule, soit associée à la sécrétion pancréatique qu'elle favorise

« Les pigments biliaires, produit de régression des globules rouges, sont un élément toxique dont le foie débarrasse l'économie. »

Les altérations des fonctions hépatiques ont fourni aux auteurs l'occasion d'exposer leurs idées; à l'étude synthétique des troubles fonctionnels du foie en particulier, les deux syndrômes de l'anhépathie et de l'hyperhépatie sont clairement mais succinctement signalés. Toutefois, leur ampleur trop grande pour une analyse bibliographique, nous empêche de les reproduire. Mais nous engageons les curieux des nouvelles théories de lire ces quelques pages très suggestives.

On peut dire de ce livre que sur la physiologie et la pathologie du foie il n'a encore était écrit rien de plus clair, de plus méthodique, de plus à la portée des jeunes étudiants et des vieux étudiants, — *etiam seni discendum est*, — que sont les praticiens et même les professeurs. D[r] F. C.

Manuel pratique de bactériologie, parasitologie, urologie, anatomie pathologique, par les docteurs G. Petit et G. Borne. — Paris, Naud, 1902.

Les auteurs ont essayé de réunir dans ce Manuel, aussi brièvement que possible, toutes les matières qui sont actuellement inscrites au programme du 3[e] examen pratique (2[e] partie).

Dans le premier livre, ils ont rappelé à grands traits la *Technique générale microbiologique* qu'ils supposent connue ; ils ont insisté un peu sur chaque bacille en signalant ses caractères principaux.

Ils se sont efforcés, dans le second livre, de résumer le plus clairement possible toutes les données les plus récentes ayant trait aux *Parasites animaux et végétaux*.

Dans le troisième livre, ils ont résumé les *Principes d'analyse* les plus simples et les plus souvent employés pour l'examen des *urines*. Ils ont esquissé l'examen du *sang*, du *pus*, des *crachats*. Ils ont exposé rapidement les *Procédés de cyto-diagnostic* et le *Chimisme gastrique normal et pathologique*.

Dans le dernier livre, ils ont insisté à dessein sur la *Technique des autopsies*. Ils ont résumé à très gros traits l'*Anatomie pathologique* et les grosses lésions des organes seuls qu'ils ont vu présenter le plus souvent à cet examen pratique.

Ils pensent ainsi être utiles aux candidats à cet examen nouveau, en leur donnant des idées sur toutes les questions qui pourront leur être posées ; en leur évitant surtout des travaux de bibliographie dans des traités complets et disséminés.

Peut-être seront-ils lus par les étudiants en général, qui trouveront ici, résumés bien succinctement, les divers éléments nécessaires à la pratique du laboratoire et de l'amphithéâtre.

Intubation du larynx : instruments, technique, avantages, par le D[r] Perez Avendano. - Paris, Naud. 1902.

Frappé de n'avoir point rencontré un travail réunissant tout ce qui concerne l'intubation du larynx, les données précises sur les instruments, la technique, les différentes indications, etc., l'auteur, un ancien interne des hôpitaux de Buenos-Ayres, venu à Paris pour étudier cette question, a tenté une étude d'ensemble sur ce point si intéressant de la médecine infantile.

Le monde médical s'accorde à reconnaître le tubage comme procédé de choix, non seulement dans le croup diphtérique, mais encore dans tous les cas d'asphyxie menaçante dont le siège est localisé au larynx. Ce qui a valu à l'intubation cette approbation générale, ce sont tous les perfectionnements apportés aux instruments dont on se sert pour ce cathétérisme temporaire du larynx. Aussi l'étude des instruments, particulièrement de celui dont l'auteur propose les modifications, occupe-t-elle une première et intéressante partie du volume ; viennent ensuite le manuel opératoire, les indications sur le moment de tuber et de détuber, les suites de l'intubation et les soins et précautions que demande un enfant tubé. L'intubation dans la clientèle privée, l'intubation en dehors du croup et l'intubation chez l'adulte ; un parallèle entre le tubage et la trachéotomie terminent le travail, fort clair et fort intéressant du docteur argentin.

D[r] F. C.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Une anecdote sur Virchow

Le célèbre Virchow, qui vient de mourir, était la terreur des étudiants en médecine, qu'il rudoyait aux examens, avec la dernière brutalité. Et cependant, il suffisait d'une réponse hardie ou spirituelle pour le désarmer, pour trouver grâce. On raconte de lui, à ce sujet, de nombreuses anecdotes. En voici une, peu connue, et dont le héros est aujourd'hui professeur à l'Université de Berlin : « Quelle est, lui demanda Virchow qui l'examinait, la couleur de cette préparation ? » En même temps, il fit remettre au candidat une préparation anatomique, vieille de dix ans, qui aurait dû être bleue, mais qui, à force d'avoir été manipulée et tripatouillée, avait pris toutes les couleurs de l'arc-en-ciel. Le candidat hésita, répondit évasivement. Virchow se mit dans une colère folle et, désignant la manche de sa jaquette : Pouvez-vous me dire, monsieur,

quelle est la couleur de ma jaquette? » Le candidat regarda la jaquette du professeur, qui était aussi vieille que la préparation anatomique, car VIRCHOW s'achetait un costume neuf tous les dix ans, — et sentant que tout était perdu, la mort dans l'âme : « Il se peut, fit-il, monsieur le professeur, que votre vêtement ait été bleu... jadis ». VIRCHOW se tordit et laissa passer le candidat (*Cri de Paris*). — Tous les examinateurs, avec raison, en sont là d'ailleurs : l'esprit est une qualité naturelle, précieuse ; et tout le monde a de la mémoire.

(*Gazette médicale de Paris*).

Ce que gagnent les Médecins.

M. CHAILLYSSET, dans une conférence, a donné les renseignements suivants sur ce que gagnent les médecins : « Je prendrai d'abord comme exemple, a-t-il dit, M. le Dr BROUARDEL, l'une des sommités du monde médical. A 28 ans, sa famille avait dépensé 50.000 francs pour son éducation. La première année, il a gagné 650 francs. La 7e année 5.100 francs. Et je vous parle là d'un homme hors ligne. — A Paris, il y a actuellement 2.600 médecins. Il y en a 40 qui gagnent de 2 à 300.000 fr.; 50, 100.000 francs; 50, de 50 à 100.000 francs; 200, de 30 à 50.000 francs; 200, de 20 à 30.000 francs; et 1.700 gagnent une moyenne de 3.625 francs. — En France, il y a 16.000 médecins qui gagnent 2.750 francs en moyenne ».

Ces chiffres sont malheureusement trop près de la vérité pour ne pas être effrayants. Le chiffre de 3.000 francs, donné ici, ne correspond pas au *gain net* comme on pourrait le croire, mais au *gain brut*. Beaucoup de confrères ne touchent pas beaucoup plus de leur clientèle *purement médicale*.

Une belle opération.

Les lecteurs de *El Hadira*, journal tunisien, n° 699 (mardi 3 juin 1902), ont pu se délecter dans le récit d'une bien belle opération :

« Nous apprenons que le Dr X..., médecin en chef de l'hôpital Sadiki, ne cesse de faire des opérations chirurgicales et de délivrer des griffes de la mort, ce qui témoigne de sa parfaite habileté et ce qui indique son intérêt toujours croissant pour le progrès de cette maison médicale dans la voie de la guérison et de l'humanité. Ainsi, se présenta à ses mains dans le milieu du mois courant, un homme de la tribu des Oulad-Ayar, nommé Mahmoud ben Belkassem, la tête fracassée d'un coup de matraque (*haroua*), prêt à mourir. *Le médecin sortit la cervelle du blessé en dehors de ses membranes et changea l'enveloppe*. Il assembla les os de la tête fracassée, dans un ordre tel et de telle sorte, qu'elle devint comme elle était avant. Et avec l'aide de Dieu et l'habileté de ce médecin adroit, ce malheureux obtint les bienfaits de la guérison, et il ne tarda pas à rentrer dans son pays. Puisse Dieu multiplier l'espèce de ce savant et faire, par sa main, le bien de tous ».

El Hadira ne dit pas par quoi on a bien pu remplacer l'enveloppe de la cervelle, ce qui serait cependant intéressant à connaître. (*Gazette médicale belge*).

La médecine et le commerce français

Le Dr P. DESFOSSES nous signale dans la *Presse médicale* du 2 août dernier l'importance de l'art médical au point de vue du commerce français. Sait-on que 1.500.000 francs d'instruments de chirurgie sont chaque année exportés à l'étranger, que sur 22 millions de francs qui constituent la production annuelle des fabricants de bandage, d'instruments en gomme, de chirurgie, etc., 3 millions s'en vont à l'étranger. Quant aux livres français, aux journaux de médecine et aux produits pharmaceutiques qu'on exporte, le chiffre en est bien plus considérable encore.

Le Dr DESFOSSES ajoute :

« La Faculté de médecine de Paris, dont l'enseignement dans le monde entier est si hautement apprécié, devrait contribuer à la prospérité nationale en attirant de plus en plus les étudiants étrangers à ses leçons. Tout étudiant qui a puisé aux Écoles françaises les enseignements de la science reste pour toujours le propagateur des idées, des méthodes, des produits français ».

ALCOOLIA

Les Hirondelles

Un journal anti-alcoolique, paraissant en Belgique, signale l'existence, à Waremme, d'une curieuse Société de jeunes filles qui se sont baptisées, non sans coquetterie, les *Hirondelles*. Toutes ces jeunesses se sont engagées, par serment, à ne jamais épouser un homme porté sur la boisson, comme on dit vulgairement. Voilà qui est très beau, proclame le *Journal de Bruxelles*, et pour peu que cette Société prenne de l'extension, les buveurs seront bien attrapés. Ce sera, d'ailleurs, tout bénéfice ; plus, ou plus guère de femmes malheureuses en ménage, plus d'enfants voués aux pires aventures et de par la tare héréditaire. Le confrère à raison d'applaudir. Tout de même, nous l'engageons à se méfier.

En principe, toute jeune fille se jure bien à elle-même de ne jamais épouser un buveur. Elle ne doit pas être inscrite pour cela parmi les *Hirondelles* de Waremme ou d'ailleurs. Seulement, dans la pratique, c'est un peu différent. L'amour fait oublier bien ces serments. Et puis, s'il en était autrement, dans certains pays, il y aurait trop de jeunes filles qui coifferaient sainte Catherine.

(*Le Journal*).

MOTS DE LA FIN

Une malade s'est irritée la peau par une friction trop forte avec la pommade prescrite. A la première visite du médecin elle se plaint, et le médecin réplique. — Madame, l'onction est une chose qu'il ne faut pas pousser à l'extrême.

(*Lyon Médical*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Sous la signature du docteur BOURNEVILLE, le *Progrès Médical* publie le bulletin suivant, auquel nous ne pouvons que nous associer sans réserves :

Suppression des autorisations d'écussons, enseignes, attributs, etc., en saillie placés sur la voie publique par les rhabilleurs, masseurs et autres.

Le *Lyon médical* publie sous le titre qui précède la note suivante :

Notre confrère, le professeur AUGAGNEUR, maire de Lyon, *a déjà débarrassé les urinoirs des affiches où s'étalaient les promesses les plus belles et aussi les plus trompeuses sur la guérison des maladies vénériennes.* Il continue cette œuvre d'assainissement dont nous devons le féliciter par la prise de l'arrêté suivant :

« Vu la loi du 15 avril 1884 ; considérant que certains écussons, enseignes, affiches, attributs, etc., en saillie sur le domaine public et par suite ne pouvant exister qu'avec l'autorisation de l'autorité municipale, servent à des industries s'exerçant en violation de la loi, ou constituant de véritables entreprises d'escroqueries ;

» Considérant que la commune ne peut, sans être taxée d'immoralité, tolérer ces installations et encore moins en tirer un revenu par la perception des droits de voirie ;

» Arrête . *Article unique.* — Sont retirées toutes autorisations déjà accordées ; seront refusées toutes autorisations pour l'avenir, d'établir, en saillie sur la voie publique, les écussons, enseignes, affiches, attributs etc., à l'usage des rhabilleurs, masseurs, magnétiseurs, somnambules, cartomanciennes, chiromanciennes, etc.) »

La mesure prise par M. AUGAGNEUR a reçu, en outre de celle du *Lyon Médical*, l'approbation très nette de la *Loire Médicale* qui s'exprime ainsi :

« Nous nous associons pleinement aux félicitations du *Lyon Médical*, en souhaitant que M. le maire de Saint-Etienne ait le même courage que son collègue lyonnais, pour cette œuvre de véritable salubrité publique et de protection sanitaire dans une ville comme la nôtre principalement, terrain on ne peut plus favorable aux exploiteurs de la crédulité populaire, qui y pullulent d'ailleurs et étalent au grand jour l'annonce de leurs pratiques empiriques.

Avec le *Lyon Médical* et la *Loire Médicale*, nous félicitons très vivement M. AUGAGNEUR des mesures de salubrité morale qu'il a prises. Il est vivement à souhaiter que la Préfecture de police et la Préfecture de la Seine suivent cet exemple. Il est honteux de voir s'étaler cyniquement dans les urinoirs publics des annonces mensongères qui trompent sans vergogne un grand nombre de malades trop crédules. Que sont les médicastres qui les exploitent ? La préfecture de police devrait le savoir. En attendant, qu'il nous soit permis d'insister auprès de M. LÉPINE pour qu'il prenne des mesures analogues à celles qui ont été prises par le maire de Lyon.

Relativement aux écussons, enseignes, etc., il convient également de les supprimer. La simple indication de leur maison doit suffire aux sages-femmes. L'annonce de consultations gynécologiques ne doit pas être tolérée. L'Assistance publique pourrait commencer par les sages-femmes qui sont sous sa dépendance. Il appartient à toute la presse médicale d'intervenir énergiquement dans cette campagne.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le concours pour **l'internat en pharmacie** est fixé au 3 novembre.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Limoges. — M. le docteur DEVAUX, professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est chargé d'un cours d'histoire naturelle pendant l'année scolaire 1902-1903, en remplacement de M. le docteur BOUDET, professeur, en congé pour raisons de santé.

Poitiers. — M. le docteur BERLAND, chef des travaux d'anatomie et de physiologie est prorogé pour un an dans ses fonctions.

Distinctions honorifiques

Légion d'Honneur. — A été nommé *Chevalier* : M. le docteur ESTOR, médecin-major de 2e classe.

Officiers d'Académie. — Est nommé *Officier d'académie* : M. le docteur GUY, de Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne).

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs DAGONET, de Paris, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés de la Seine ; RIANT, de Paris, secrétaire général honoraire de l'Association générale des médecins de France ; DESPAGNET, de Paris, secrétaire général de la Société d'ophtalmologie ; COQUET, de Saint-Nazaire (Loire-Inférieure) ; WALTHER, de Saint-Louans (Indre-et-Loire), médecin inspecteur de la marine en retraire ; LE PALENC, d'Ax-les-Thermes (Ariège) ; MILLIOT, d'Herbillon (Algérie) ; DELACOUR, de Rennes (Ille-et-Vilaine), ancien directeur de l'Ecole de médecine de Rennes ; TEINTURIER, de Paris ; MABBOUX, de Contrexéville (Vosges) ; DELMONT, de Paris ; MEYER, de Paris ; ROBIN, de Loudéac (Côtes-du-Nord) ; EVRAIN, de Soudron (Marne).

BIBLIOGRAPHIE

Le Sang, par le docteur Marcel LABBÉ, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris, 1 vol. in-18 de 96 pages, cart. (*Actualités médicales*). Librairie J. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Dans cette nouvelle *Actualité médicale*, M. LABBÉ expose avec précision et clarté l'orientation nouvelle donnée aux recherches et aux études qui ont été faites, avec tant de fruit, sur le sang, au cours de ces dernières années ; les

principes de la technique qui a présidé à ces recherches ; enfin, et surtout, les résultats généraux obtenus, ce qu'on peut considérer comme les faits acquis, par l'emploi rigoureux des méthodes combinées de l'observation clinique et de l'expérimentation scientifique.

C'est une excellente introduction à l'étude du sang, où l'auteur met en relief tout l'intérêt que présente cette étude, tant au point de vue spéculatif de la Médecine générale, qu'au point de vue pratique du diagnostic et du pronostic des maladies.

Voici les trois grandes divisions du livre :

1° Importance du rôle que joue dans l'organisme le sang considéré comme intermédiaire des échanges vitaux et comme vecteur des éléments nutritifs.

2° Composition chimique et histologique du sang. Remarquable équilibre physiologique de cette composition. Modifications apportées à cet équilibre par les états pathologiques.

3° Processus qui président à la naissance et à la mort du sang ; activité considérable à ces processus.

A travers la médecine, par le docteur Henri GUIMBAIL. Un volume in-8 de 135 pages chez M. A. Maloine, 23-25, rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

Sous une forme littéraire des plus attrayantes et avec un rare bonheur d'expressions, cet ouvrage projette de curieuses clartés sur une foule de questions d'actualité touchant l'exercice de la médecine.

Son succès est considérable ; il sera bientôt entre les mains de tous les médecins. Le simple énoncé des chapitres qui le composent suffit à en faire prévoir l'intérêt passionnant : Le sérum antialcoolique — Bon pour le mariage — Alarme — De profundis — Le médecin à l'exposition — Jérémiades prévues — Hasard et concours — La femme-avocat — Une grave question — Noël-janvier — La mission scientifique du vingtième siècle — La lutte contre la tuberculose — Les œuvres de prévoyance médicale — Une page nouvelle à nos glorieuses annales — L'assistance due aux épileptiques — Les progrès de la médecine — L'assistance aux tuberculeux — L'hystérie au tribunal — Maison maudite — Grossesse nerveuse — La Gynécologie nouvelle.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. — Compte-rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre, par le docteur BOURNEVILLE.

Tome XXI (1900). Publié avec la collaboration de MM. Crouzon, Dionis du Séjour, Izard, Laurens, Paul Boncour, Philippe et Oberthur, in-8 de CVII-210 p., avec 19 figures dans le texte et XI planches hors texte.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

38e ET 39e SEMAINES, DU 14 AU 27 SEPTEMBRE 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	21	14
3 mois à un an	17	15
1 an à 2 ans	5	12
2 à 5 ans	3	9
5 à 10 ans	2	4
10 à 20 ans	2	4
20 à 40 ans	19	18
40 à 60 ans	20	7
60 à 80 ans	17	11
80 ans et au-dessus	3	4
Total	109	98

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	2	»	»	»	»	»	3	7	10
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	»	»	5	»	»	»	»	»	11	21	47
Moulins, 24,947 hab.	1	2	»	»	1	»	»	»	1	2	9	»	»	6	»	1	»	»	»	6	29	36
Wazemmes, 36,782 hab.	22	»	»	1	»	»	»	2	1	4	11	»	»	2	»	»	1	1	»	11	56	33
Vauban, 20,381 hab.	1	1	»	»	»	»	»	1	3	1	1	»	»	2	»	»	»	»	»	4	14	21
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	4	»	»	»	»	»	»	2	2	2	4	»	»	3	»	»	»	»	»	5	22	16
Esquermes 11,381 hab.	5	»	»	»	»	»	»	1	1	»	3	»	»	2	»	»	»	»	»	5	17	22
Saint-Maurice, 11,212 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	1	1	4	»	»	»	»	»	»	»	»	1	8	10
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	2	6	»	»	3	1	»	»	2	»	2	18	32
Canteleu, 2,836 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	3	5
Sud, 5,908 hab.	3	»	»	»	»	»	»	1	»	1	4	»	»	»	»	»	»	»	»	3	12	13
Total	39	3	»	1	1	1	»	7	11	15	46	»	»	25	1	1	1	4	»	51	207	215

N° 300. Sixième Année. N° 41 Le Numéro : **10** centimes. 12 Octobre 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
de l'Hôpital Saint-Sauveur

De la Cystostomie sus-pubienne dans les rétrécissements compliqués de l'urètre.

par M. le professeur **Carlier**.

De toutes les interventions qui se pratiquent sur les organes urinaires, il n'en est pas qui exposent davantage aux phénomènes fébriles que celles qui ont lieu sur l'urètre. C'était vrai avant les travaux de PASTEUR et de LISTER, c'est encore vrai, quoique moins fréquent toutefois, depuis l'emploi des méthodes antiseptiques. Une simple manœuvre urétrale, telle que la dilatation chez un rétréci, provoque parfois un grave accès de fièvre urineuse. Une opération en apparence insignifiante, comme l'uréthrotomie interne, ne reste bénigne que grâce à l'emploi de la sonde à demeure qui met momentanément la plaie urétrale à l'abri du contact des urines. Ce sont là des faits bien connus, même dans le monde extra-médical, et c'est ce qui explique la terreur de certains malades à l'égard du cathétérisme.

Les opérations pratiquées sur la vessie exposent moins aux accidents infectieux surtout si l'on assure consécutivement le libre écoulement des urines par un bon drainage sus-pubien.

Qui ne connaît la simplicité des suites opératoires d'une lithotritie, même prolongée, lorsqu'on a recours à la sonde à demeure pendant les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent l'opération. Aussi certains chirurgiens n'ont-ils pas hésité, en face de malades infectés et rétrécis, à conseiller de faire, préalablement à l'uréthrotomie interne, une boutonnière hypogastrique qui permettrait le lavage et la désinfection de la vessie et éviterait tout passage d'urine infectée par le canal après la section de la stricture urétrale. C'est là une opinion tout au moins excessive en ce qui concerne l'uréthrotomie interne, mais qui plaide en faveur de l'innocuité relative de certaines interventions sur la vessie comparativement aux opérations qui s'adressent à l'urètre.

Quoi qu'il en soit, la dérivation du cours des urines par un drainage sus-pubien semble donc mettre à l'abri de complications ultérieures les urinaires *infectés* dont l'urètre doit subir une plus ou moins sérieuse intervention.

Mais éviter les accidents généraux post-opératoires

n'est pas le seul but à atteindre. Il faut débarrasser le canal de ses lésions dont les principales sont, dans le cas qui nous occupe, les fistules, les rétrécissements et leurs complications. Or, quelle que soit la lésion du canal contre laquelle on intervient, on doit avoir pour but de rendre à l'urètre son calibre normal et de mettre la plaie urétrale à l'abri de tout contact avec l'urine. Si la sonde à demeure répond souvent à ce desideratum, il arrive par contre qu'elle est parfois mal tolérée par le canal ou qu'elle fonctionne d'une façon défectueuse.

Il n'en faut pas davantage pour faire échouer l'opération et même pour exposer le malade à des complications plus ou moins graves. Combien plus simples eussent été les suites opératoires si, avant de toucher à l'urètre, on avait eu recours à la dérivation des urines par un drainage hypogastrique.

Cette idée n'est d'ailleurs pas neuve. VIGUERIE (1836) rapporte l'observation d'un malade dont le périnée était fistuleux et qu'il traitait depuis plusieurs mois par la sonde à demeure. Un jour la sonde se brisa et une partie resta dans la vessie. Forcé par les circonstances, VIGUERIE pratiqua la taille périnéale pour retirer les fragments de sonde, la nouvelle plaie mit quarante jours à se cicatriser : mais cela avait suffi pour amener la guérison des fistules périnéales.

Le succès obtenu par VIGUERIE inspira d'autres chirurgiens, et dans ces dix dernières années, bien des chirurgiens ont eu recours à la dérivation des urines, par la cystostomie sus-pubienne, pour guérir certaines fistules urétrales rebelles à tout traitement.

Ce n'est d'ailleurs pas seulement en chirurgie urinaire que ce principe est applicable et a été appliqué. Est-ce que la chirurgie du rectum n'a pas largement bénéficié de la création d'un anus iliaque préalablement à toute intervention sur le rectum cancéreux? Est-ce que la chirurgie du pylore, aujourd'hui si brillante, aurait pris un tel essor sans la gastro-entérostomie, qui en est le premier temps opératoire? Or, bien que facile à exécuter, la création d'un anus iliaque réclame bien plus de minutie opératoire qu'une cystotomie, dont toutes les manœuvres sont extra-péritonéales.

Mais, c'est moins pour défendre la cystotomie que pour en préciser nettement les indications que nous commentons ici les observations qui suivent.

Il semble bien, en effet, à la lecture des récents travaux de quelques chirurgiens qui s'intéressent particulièrement à la chirurgie urinaire, qu'il est plutôt nécessaire de modérer leur zèle que de l'encourager. Est-ce que M. JONNESCO n'a pas communiqué à l'Association française d'Urologie (session d'Octobre 1898) une série d'observations de rétrécissements infranchissables où il eut d'emblée recours à la cystotomie avant de s'attaquer à l'urètre. Notre distingué collègue et ami de Bucharest a même pris le soin de bien spécifier qu'il s'agissait de rétrécissements infranchissables ou de rupture de l'urètre et non pas de ces rétrécissements compliqués de fistules, de tumeur urineuse, d'infiltration d'urine, etc., où les indications de la cystotomie ne sont même plus, selon lui, à discuter.

Cette pratique de M. JONNESCO, ainsi formulée, nous semble tout au moins excessive. Sans nul doute la taille hypogastrique, en laissant l'urètre à sec, favorise la cicatrisation par première intention, sans suppuration ni fistule consécutive, de la plaie urétro-périnéale ou pénienne. Elle aide en outre considérablement à la recherche du bout postérieur de l'urètre en permettant le cathétérisme rétrograde, mais il n'en reste pas moins que la cystotomie hypogastrique est alors une opération surajoutée et qu'elle ne s'impose pas, ainsi que le veut M. JONNESCO, dans tous les cas. Tout chirurgien a à son actif des urétrectomies suivies d'urétrorraphie pour rétrécissements infranchissables de l'urètre et dont la guérison s'est faite par première intention sans suppuration ni fistule, et sans qu'on ait eu, préalablement, recours à la cystotomie Nous en pourrions citer plusieurs cas de notre pratique personnelle. Par contre, nous retrouverions facilement dans nos souvenirs ou dans la lecture des mémoires spéciaux nombre de cas d'insuccès d'urétrectomie suivie d'urétrorrhaphie, alors même que l'acte opératoire avait été habilement exécuté.

Ces différences dans les résultats tiennent à des causes multiples. La plus importante, celle qu'il faut mentionner en première ligne, c'est l'état d'asepsie relative ou d'infection des voies urinaires.

On peut s'attaquer d'emblée à l'urètre sans cystostomie préalable, chez les sujets non infectés, qu'il s'agisse d'une rupture toute récente de l'urètre, ou d'un rétrécissement d'origine traumatique, ou encore d'un calcul engagé dans le canal et dont le volume ne permet pas une extraction par les voies naturelles. Dans ces différents cas le succès est à peu près certain. La recherche de l'urètre scrotal ou périnéal, la résec-

tion des tissus cicatriciels, l'urétrorraphie consécutive, tous ces différents actes opératoires s'accomplissent dans un milieu aseptique et sont presque constamment suivis d'un plein succès. Je ne compte plus les cas où je suis intervenu dans de telles conditions et avec un résultat parfait. Je n'avais cependant pas eu recours à une cystostomie préalable, je m'étais borné à drainer la vessie par l'urètre au moyen d'une sonde à demeure bien mise au point et que j'ai pris le soin de laisser le moins longtemps possible dans le canal. Et cependant M. Jonnesco n'eût pas opéré de tels malades sans avoir créé préalablement chez eux un cysto-drainage. Je ne puis croire que ses résultats eussent été meilleurs que les miens ni la guérison plus rapide.

J'arrive aux malades dont les voies urinaires sont infectées. Chez eux les résultats sont plus incertains. Lorsque l'infection est légère et qu'elle a cependant résisté à un traitement médical, on peut bien encore espérer une réunion par première intention, mais le périnée exige alors une surveillance minutieuse qui n'est pas toujours récompensée. Que si la suture vient à manquer, on peut cependant compter sur une bonne réparation par bourgeonnement. Ouvrir la vessie dans ces cas d'infection légère me semble encore une opération inutile, car le risque que l'on a couru a été minime : on espérait une cicatrisation par première intention, on n'a qu'une réunion secondaire.

Toute autre est la situation de ces vieux urinaires, vieux non par l'âge mais de par l'ancienneté de leurs lésions et surtout de leur infection, et dont le périnée, criblé de fistules, véritable écumoire, laisse un plus ou moins libre passage à une urine purulente et dans laquelle abondent le coli-bacille, le staphylocoque, le streptocoque, etc., Chez eux, un ou plusieurs rétrécissements, inflammatoires ou traumatiques, endiguent plus ou moins le cours de l'urine lors des mictions, et une partie des urines, parfois la totalité, s'échappe par les fistules. La plupart du temps l'arbre urinaire est tout entier infecté chez ces malades. Urètre, vessie, uretère et reins, rien n'a résisté à l'invasion microbienne, aussi le moindre traumatisme, même sous forme d'un coup de froid, et à plus forte raison une intervention sanglante, provoque chez eux une réaction violente, un accès plus ou moins franc de fièvre urineuse.

C'est à cette catégorie de malades que convient la cystostomie d'emblée. Chez eux l'hésitation n'est pas permise. On va au-devant d'un insuccès en ne songeant qu'au périnée, et l'on expose en outre l'opéré à des accidents fébriles consécutifs toujours sérieux et parfois mortels.

Combien le tableau change en recourant ici tout d'abord à une cystostomie, qu'il est souvent possible de pratiquer sans chloroforme, avec une simple anesthésie locale à la cocaïne. L'opération est rendue singulièrement facile en mettant le malade dans la position renversée. Sectionner la peau, la ligne blanche, relever le cul-de-sac péritonéal, ponctionner la vessie au bistouri et y introduire vivement une grosse sonde de Pezzer, tout cela ne demande que quelques minutes à peine, et on a évité au malade à la fois infecté et intoxiqué de par de sérieuses lésions rénales, l'élimination du chloroforme qui est un poison pour ses reins.

Grâce à ce cysto-drainage préalable, la fonction urétrale est supprimée. L'urine, qui est éliminée au dehors par la sonde sus-pubienne au fur et à mesure de son arrivée dans la vessie, ne souille plus les clapiers fistuleux ; ceux-ci s'affaissent, leur suppuration diminue, se tarit même parfois et l'on est tout surpris, l'opération une fois décidée, des heureuses transformations survenues du côté du périnée depuis la création de la fistule sus-pubienne.

Mais cette modification locale n'a qu'un intérêt relatif. Ce qui est surtout transformé, c'est l'état général du malade. Le drainage vésical, s'il a supprimé la fonction de l'urètre, a aussi provoqué le repos de la vessie et permis aux reins de se décongestionner et de se vider plus facilement. La vessie n'est plus un ballon constamment ensemencé par le coli-bacille et ses acolytes microbiens, facteurs de toxines qui empoisonnaient les malades. Les uretères, n'ayant plus à compter avec les incessantes contractions de la paroi musculaire vésicale, éjaculent aisément leur contenu, de sorte que le malade élimine facilement une partie de ses toxines, surtout si on lui prescrit des boissons abondantes et délayantes, telles que l'eau d'Evian, Vittel, tisanes d'uva-ursi, etc. En un espace de temps, très variable suivant chaque sujet, on a amené une baisse plus ou moins importante dans le taux d'infection et d'intoxication du malade. C'est, dès lors, au chirurgien de choisir le moment opportun pour la résection des fistules périnéales, la libération de l'urètre, et la restauration ou une

amorce de restauration du canal et du périnée. Il est important de se souvenir que, consécutivement à cette deuxième intervention, l'opéré devra garder le lit jusqu'à cicatrisation complète du périnée, cicatrisation ordinairement longue. Il est donc préférable, chez les sujets antérieurement affaiblis par la maladie, d'attendre le relèvement des forces du malade cystostomisé, ce dernier pouvant, grâce à un urinal spécial, se déplacer aisément et profiter parfois des bénéfices d'un séjour à la campagne.

L'urètre une fois guéri, la cicatrisation du périnée étant promptement achevée, c'est alors seulement qu'il faut supprimer le drainage sus-pubien de la vessie. C'est chose facile, et on demeure surpris de la rapidité avec laquelle se comble l'orifice fistuleux si l'urètre est libre et en état de tolérer une sonde à demeure, mais que cette sonde ne soit ni une sonde de Pezzer, ni une sonde de Malécot, dont la mise en place est des plus aisées, mais dont le retrait est une cause de traumatisme de l'urètre. J'ai renoncé chez ces malades aux sondes à ailerons bien avant que M. Bazy en ait signalé les gros inconvénients sinon les dangers, mais mon distingué collègue et excellent ami a eu le mérite de mettre les chirurgiens en garde contre l'emploi de ce genre de sonde chez les malades qui venaient de subir une intervention du côté de l'urètre.

Ses indications ainsi comprises, la cystostomie est d'un secours précieux dans le traitement des fistules rebelles de l'urètre. C'est parce que j'en ai constaté, ainsi que bien d'autres chirurgiens, les effets bienfaisants, que je suis revenu sur ce sujet toujours d'actualité.

Observation I. — *Rétrécissements multiples. — Calculs de l'urètre. — Tumeur urineuse avec fistules périnéales et scrotales. — Cystotomie sus-pubienne préliminaire. — Résection de la tumeur urineuse et des trajets fistuleux. — Guérison.*

L..., Louis, 55 ans, entré le 12 mai 1897, à la clinique des maladies des voies urinaires de l'hôpital Saint-Sauveur.

Jusqu'en 1895 le malade n'avait ressenti aucun symptôme anormal du côté des voies urinaires. A ce moment, il s'aperçut que la miction était gênée et exigeait quelque effort. Cette dysurie alla progressant, au point d'exiger de violents efforts à chaque miction.

En 1896, survint un gonflement des bourses qui se tuméfièrent considérablement, surtout du côté droit. Le scrotum fut alors incisé en deux points à droite, en un seul point à gauche, et chaque incision donna issue à une notable quantité de pus. Par la suite il persista plusieurs fistules scrotales par où s'échappait une certaine quantité d'urine lors de la miction.

Depuis plusieurs mois le canal lui-même suppure parfois abondamment. Jamais il n'y eut de douleurs lombaires ni d'hématurie.

Etat à l'entrée. — Le scrotum présente le volume des deux poings, la peau est épaissie, infiltrée, œdématiée. On constate à droite du raphé, les orifices de trois fistules, dont deux siègent en plein scrotum, l'autre au périnée. Une quatrième fistule siège sur le raphé, à la partie postérieure des bourses. Les trois premières fistules sont uniquement purulentes, la dernière est à la fois purulente et urinaire et laisse passer une certaine quantité d'urine à chaque miction.

En palpant les bourses, on sent une induration, véritable *tumeur urineuse* considérable, occupant tout le scrotum et le périnée. Cette tumeur paraît faire corps avec l'urètre périnéal et scrotal, ne laissant libre que la seule portion pénienne du canal.

L'examen de l'urètre donne les renseignements suivants : à cinq centimètres du méat on rencontre un obstacle qui n'admet qu'une bougie à boule N° 12. Celle-ci est nettement arrêtée dans la portion scrotale de l'urètre qui reste infranchissable même avec une fine bougie.

La miction, sans être douloureuse, exige de grands efforts de la part du malade et le jet est filiforme et sans portée.

Les urines déposent assez bien après repos ; le dépôt est composé d'un mélange de pus non visqueux et de nombreuses cellules épithéliales.

Devant l'intensité de ces lésions, je crois prudent de n'aborder le traitement des lésions de l'urètre et la résection de la tumeur urineuse qu'après avoir préalablement dérivé le cours des urines par une *cystotomie*.

Je pratique cette cystotomie le 22 mai. Elle fut assez difficile, car la vessie ne contenait guère d'urine, et l'état de l'urètre ne me permettait pas d'y injecter du liquide. Je fis une taille médiane longitudinale, et cas curieux, je tombai sur un cul-de-sac péritonéal qui adhérait à la symphyse pubienne. Ce cul-de-sac, désinséré puis relevé avec le doigt, me permit d'aborder la vessie. Celle-ci, saisie avec deux pinces de Kocher, fut incisée dans une étendue suffisante pour l'introduction des tubes de Périer-Guyon.

Suites opératoires simples, en dehors d'un accès franc de fièvre urineuse survenue dans la soirée du 23 mai.

27 Mai. — Je remplace les tubes par une grosse sonde de Pezzer, et le 3 juin, c'est-à-dire douze jours après cette première opération, la plaie complètement cicatrisée se résumait en un simple orifice sus-pubien destiné au passage de la sonde.

Je me proposai alors d'intervenir du côté de l'urètre.

L'état des bourses s'était d'ailleurs déjà amélioré, elles étaient moins œdématiées, et on délimitait mieux les contours de la tumeur urineuse. L'urètre lui-même était dans des conditions meilleures, puisque je pus y introduire une bougie n° 8 qui passa facilement, mais en laissant percevoir un frottement rude qui m'avertit de la présence d'un *calcul dans l'urètre*, calcul arrêté derrière le rétrécissement scrotal.

Il n'est pas douteux que ce calcul de l'urètre a été la cause de tous les accidents présentés par ce malade. Mon intervention aura un triple but : résection de toute la tumeur urineuse et des trajets fistuleux, extraction du ou des calculs urétraux par une urétrotomie externe, puis urétrotomie interne pour sectionner les deux rétrécissements constatés dans l'urètre pénien et scrotal et pour la fixation d'une sonde à demeure.

23 Juin. — Je réalise ce plan opératoire avec l'aide de M. Caumartin, mon interne. Chloroforme par M. Dorion, externe du service.

Le malade est mis et maintenu dans la position de la taille au moyen des porte-jambes d'Aubry. Je fais, en suivant le raphé des bourses, une longue incision qui s'étend de l'angle péno-scrotal de la verge jusqu'à trois centimètres de l'anus.

Cette incision dépasse en avant et en arrière les limites de la tumeur urineuse. Me conformant aux sages conseils de mon maître Guyon, qui recommande de ne procéder à l'ablation des tumeurs urineuses qu'après les avoir incisées sur la ligne médiane jusqu'à l'urètre, pour se rendre un compte exact des connexions de cet organe avec la tumeur, je vais droit à l'urètre que je n'aborde qu'après avoir traversé une épaisseur considérable de tissu dur, criant sous le bistouri, mais donnant relativement peu de sang. Grâce à l'introduction préalable dans l'urètre d'un petit Béniqué droit n° 20 qui prend contact avec le calcul, je reconnais l'urètre, je l'incise et j'extrais avec une pince le corps étranger. Ce calcul mesure le volume d'un pois moyen, il est très dur, assez régulier et a l'aspect d'un calcul urique.

J'explore alors par l'incision urétrale le reste du canal, je n'y constate plus de calcul. Je passe d'ailleurs très aisément dans tout l'urètre une bougie armée sur laquelle je visse le conducteur de Maisonneuve cannelé sur la concavité et je pratique une urétrotomie interne avec la lame n° 21. J'introduis ensuite très aisément une sonde à bout coupé n° 16 qui doit beaucoup m'aider par la suite pour isoler l'urètre de la tumeur à l'ablation de laquelle je vais maintenant procéder.

J'enlève la tumeur par grosses tranches, assez analogues à des quartiers d'orange, en redoublant de précautions lorsque le bistouri manœuvre au voisinage de l'urètre. Enfin l'ablation me paraît complète. Je curette avec soin les petits foyers périurétraux où aboutissaient les fistules, et je résèque une bonne portion de la peau des bourses, là où sont les orifices cutanés des fistules; dans toutes ces manœuvres je laisse intactes les vaginales

Je restaure alors le canal en suturant les lèvres de mon incision, et grâce à la laxité de ce qui reste de la peau des bourses, je puis suturer au crin de Florence les deux tiers supérieurs de la plaie; mais je ne fais de sutures ni au périnée ni dans la portion voisine du scrotum qui sont pansés à plat avec des gazes iodoformées.

7 *Août.* — Après cinq semaines d'absence, je revois l'opéré qui avait reçu les soins de mon interne, M. Caumartin. Celui-ci avait enlevé la sonde hypogastrique vers la mi-juillet et tout récemment la sonde urétrale. Je constate que la réfection du scrotum est parfaite, le malade urine assez bien, mais la plaie périnéale n'est pas refermée, et il s'en échappe un peu d'urine pendant la miction.

Je fais une nouvelle exploration du canal et, bien que le malade n'ait pas eu de colique néphrétique pendant mon absence, je constate l'existence d'un nouveau calcul urétral arrêté à l'union des portions scrotale et périnéale de l'urètre. Ce calcul me paraît trop gros pour songer à l'extraire par les voies naturelles. Je décide de l'enlever par urétrotomie externe, résolu à ne pas faire une nouvelle section de l'urètre, mais à aller rechercher l'incision faite six semaines auparavant et qui ne s'était pas totalement oblitérée, et d'extraire par là ce nouveau calcul du canal.

12 Août. — Seconde chloroformisation avec les mêmes aides. Je fais la même incision médiane et aussi longue que le 23 juin, je passe sans difficulté entre les deux vaginales et j'aborde l'urètre. Je retrouve ma première section, incomplètement cicatrisée, je l'agrandis et j'y introduis une pince de courbure appropriée avec laquelle je vais saisir le calcul situé à l'entrée du périnée. Ce calcul a la forme et les dimensions d'un gros haricot, sa partie centrale est dure, mais le pourtour est moins résistant et se fractionne plus facilement.

Je restaure alors l'urètre au niveau de la plaie urétrale dont j'avive les bords et que je suture avec soin, puis j'excise au périnée tout ce qui n'est pas d'une souplesse parfaite. Je termine par la suture du scrotum. Quant au périnée proprement dit, comme j'avais excisé de la peau et qu'il en manquait, je le recouvre en partie au moyen d'un lambeau pris à son voisinage; le reste de la plaie est pansé à plat.

Sonde à demeure dans l'urètre.

Cette fois encore les suites opératoires furent normales. Mais la plaie périnéale se cicatrisa lentement, il fallut deux mois pour que la guérison fût complète. Le malade sort alors de l'hôpital en excellent état et est présenté à la Société centrale de médecine du Nord.

J'ai revu, par la suite, ce malade auquel j'avais recommandé de revenir à la clinique pour entretenir le calibre de son urètre.

Observation II. — *Fistules scrotales, périnéales et fessières de l'urètre. — Cystostomie préliminaire. — Résection des trajets fistuleux. — Guérison.*

C... Jean-Baptiste, âgé de 44 ans, demeurant à Lille, entre le 8 septembre 1896, à l'hôpital Saint-Sauveur, à la clinique des maladies des voies urinaires.

Ses antécédents héréditaires sont les suivants : sa mère est morte d'une fluxion de poitrine (?), son père vit encore et a 78 ans.

Quatre frères et une sœur bien portants.

Le malade accuse plusieurs blennorrhagies dans son passé.

Il y a quatre ans environ, en 1892, C... fait une chute d'une hauteur de trois mètres, pendant laquelle il se contusionne un peu les bourses et le périnée.

Trois mois après cet accident, le malade est pris de

rétention d'urine complète. Un médecin appelé alors, aurait, d'après le malade, incisé un abcès du périnée et aurait mis une sonde à demeure dans l'urètre. C'est de ce moment que daterait la fistule périnéale que porte encore le malade, fistule qui laissait passer l'urine pendant la miction.

En 1894, après une longue suppuration du testicule droit, suppuration d'origine probablement tuberculeuse, le malade est soumis à la castration du testicule droit.

Cette opération n'améliora pas la situation urinaire du malade ; car malgré des cathétérismes fréquents, il survint une nouvelle *fistule scrotale* par où passait l'urine, et en 1895, il se produisit même une *fistule urétro-rectale*.

Enfin au commencement de 1896 il survenait un abcès à la fesse gauche, à trois centimètres de l'anus. L'abcès, une fois ouvert, resta fistuleux, c'était une nouvelle *fistule fessière* qui livrait également passage à l'urine.

Pendant dix-huit mois, C... fut soigné par quelques-uns de mes confrères qui le traitèrent par la dilatation, sans améliorer son état.

Je le vois pour la première fois le 9 septembre 1896.

Etat à l'entrée. — Le malade est porteur de trois fistules urinaires, scrotale, périnéale et fessière. La fistule scrotale siège à gauche du raphé des bourses, la fistule périnéale un peu à droite de la ligne médiane, enfin la fistule fessière occupe la fesse gauche, au-devant de l'ischion, à trois bons travers de doigts de l'anus.

L'urine passe par chacune des trois fistules, mais la plus gênante pour le malade est la fistule ischiatique, et en effet cette fistule suppure abondamment, et la région est le siège d'une tuméfaction et d'une rougeur qui sont l'indice d'une vive inflammation locale.

J'essaie, mais inutilement, de constater la fistule urétro-rectale ; d'ailleurs, au dire du malade, les urines ne passent plus par le rectum depuis quelques semaines.

L'exploration de l'urètre avec une bougie à bouts n° 47, permet de constater un obstacle en pleine région périnéale, une boule n° 12 pénètre un peu plus plus loin, mais une boule n° 10 est arrêtée près du sphincter membraneux. Le malade est donc rétréci.

Je profite de cet examen pour explorer les fistules avec un stylet, j'aborde l'urètre par la fistule périnéale seule et non par les deux autres.

Je constate l'absence du testicule et de l'épididyme droits.

Le *toucher rectal* me permet de sentir les vésicules séminales qui sont indurées et bosselées. La prostate existe à peine à droite, mais son lobe gauche est dur, assez gros, mais je n'y constate pas de bosselure bien nette, comme en cas de tuberculose. Je fais remarquer à mes élèves cette atrophie du lobe prostatique droit, qui a été évidemment provoquée par l'ablation du testicule droit, faite deux ans auparavant.

Les urines sont troubles, alcalines, et laissent dans le bocal un dépôt assez épais, visqueux.

Les mictions sont assez douloureuses et fréquentes. — La vessie paraît se vider complètement.

Etat général satisfaisant, mais à l'auscultation, on perçoit une respiration sourde au sommet gauche.

Il me paraît absolument indiqué d'ouvrir et de réséquer les fistules et d'abord l'urètre et surtout le périurètre pour curetter le point d'origine des fistules, mais eu égard à l'ancienneté des lésions et prévoyant une cicatrisation lente sur un tel terrain, je tiens à faire préalablement une cystotomie pour dériver le cours des urines et supprimer momentanément la fonction urétrale. J'interviendrai ensuite sur les trajets fistuleux et sur l'urètre.

La *taille hypogastrique* est pratiquée le 5 octobre. Comme je n'ai pu injecter du liquide dans la vessie et que celle-ci ne contient que très peu d'urine, la recherche et la ponction de la vessie en sont rendues plus difficiles. La vessie ouverte, j'y fixe les tubes de Périer-Guyon que je remplace, six jours après, par une grosse sonde de Pezzer.

Du 12 au 17 octobre, C... présente un peu de congestion du poumon gauche et le thermomètre oscille entre 37°5 et 38°8.

Un mois après cette cystotomie, je constate que les trajets fistuleux ne sont guère améliorés, j'interviens de ce côté le 16 novembre 1896.

Je commence par une *urétrotomie interne* et je fixe une sonde à bout coupé n° 16. J'ai dès lors un excellent point de repère.

La fistule scrotale, embrochée par une fine sonde cannelée, est fendue sur toute sa longueur jusqu'à l'urètre, je dirige l'incision en bas et en dedans vers le périnée où me paraît devoir se trouver la fistule urétrale et j'excise tout le trajet fistuleux.

Je fais de même pour la fistule fessière en m'aidant toujours d'une sonde cannelée. Il en résulte une sérieuse plaie étendue de la peau au périnée. J'excise également tout le trajet fistuleux recouvert de fongosités.

Enfin je m'occupe de la fistule périnéale en l'agrandissant longitudinalement de manière à aborder maintenant l'urètre. J'arrive bientôt sur la fistule qui siège à la partie latérale gauche du canal où je trouve un carrefour fongueux que je curette avec soin. J'excise également les bords de la fistule urétrale, et je m'occupe alors des trois plaies. Suture totale de la plaie scrotale jusqu'au périnée, suture partielle de la plaie fessière dans sa portion externe, je ne fais aucune suture de la plaie périnéale.

Suites opératoires apyrétiques, mais la cicatrisation s'effectua lentement. Le périnée resta encore fistuleux pendant deux mois, mais grâce à quelques galvanocausties, la cicatrisation de l'urètre fut enfin complète au bout de trois mois. Le drainage hypogastrique avait été supprimé à la fin de décembre 1896.

J'ai revu ce malade un an après sa sortie de l'hôpital, la guérison s'était maintenue.

Obs. III. — *Rétrécissement traumatique de la portion membraneuse de l'urètre. — Urétrectomie. — Cystotomie et cathétérisme rétrograde. — Guérison.*

L..., Gustave, âgé de 17 ans, entre le 10 septembre

1895 à l'hôpital Saint-Sauveur, à la clinique des maladies des voies urinaires.

En travaillant au fond de la mine, en août 1894, ce malade eut le bassin tamponné entre une berline chargée et la paroi de la mine. Il en résulta une fracture du bassin et une impossibilité absolue d'uriner. Le cathétérisme, pratiqué quelques heures après l'accident, fût cependant possible, mais, la sonde ramena des urines sanglantes. Le malade fut soumis au cathétérisme pendant cinq mois, le sang avait disparu des urines au bout de quarante-huit heures, mais, sauf dans la position couchée, L... n'arrivait pas à émettre une seule goutte d'urine spontanément.

Après ces cinq mois de cathétérisme, le blessé essaie de se passer de la sonde et parvient à uriner, mais la miction était très pénible, et bientôt se fit goutte à goutte.

En juillet 1897, les mictions deviennent très fréquentes mais non douloureuses, et il survient de l'incontinence diurne et nocturne. C'est dans ces conditions que L... entre dans mon service.

Etat à l'entrée. — En possession des renseignements précédents, il n'est pas douteux qu'il s'agit d'un rétrécissement traumatique de l'urètre. Il a dû se produire, au moment où le malade fut tamponné, une fracture du bassin qui intéressa l'urètre, soit par dislocation du ligament de CARCASSONNE et déchirure consécutive de l'urètre, soit par embrochement du canal par une esquille. Et, de fait, la palpation de la branche ischio-pubienne droite permet de constater, dans un tiers supérieur, une saillie manifeste qui doit être le cal de la fracture.

Exploration de l'urètre. — Une bougie à boule N° 18 est arrêtée à la région périnéale, mais il est possible d'introduire une bougie filiforme que je ne laisse que pendant vingt-quatre heures à demeure, étant mal supportée.

La vessie ne se vide pas et remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Le malade urine péniblement, goutte à goutte, au prix de violents efforts. Entre ces pseudo-mictions, il y a une incontinence diurne et nocturne.

Les urines sont légèrement troubles. La quantité d'urine émise en vingt-quatre heures ne peut être évaluée, en raison de l'incontinence du malade. Elles ne renferment pas d'albumine.

Les reins ne sont ni douloureux ni augmentés de volume. L'état général est satisfaisant. La température est normale.

Le toucher rectal me fait renseigner sur le petit volume de la prostate et me permet de constater à nouveau la saillie du cal sur la branche ischio-pubienne droite

La seule opération qui me paraît s'imposer est la *stricturectomie* avec *urétroplastie* consécutive.

Opération. — J'interviens le 3 octobre. Après une tentative infructueuse d'introduction d'une bougie filiforme dans le rétrécissement, le malade étant mis dans la position de la taille, je fais une urétrotomie externe sans conducteur. J'arrive aisément à l'urètre bulbaire et je me guide sur la symphyse pubienne pour repérer l'urètre membraneux. Mais cette portion de l'urètre est remplacée par un cordon dur, entouré à droite d'une gangue de tissu induré qui déforme la région et qui me paraît résulter de la cicatrisation consécutive à la déchirure du ligament de CARCASSONNE.

J'incise en suivant exactement la ligne médiane sur une longueur de deux centimètres environ et je tombe sur du tissu induré qui me paraît sain. Mais je cherche en vain le bout postérieur de l'urètre. Après dix à quinze minutes de recherche vaine, je me décide à recourir au cathétérisme rétrograde.

La découverte et l'incision de la vessie par l'hypogastre furent très faciles, grâce à la réplétion de la vessie et n'exigèrent que quelques minutes. Par la petite incision vésicale, j'introduisis le cathéter rétrograde de GUYON que j'avais heureusement sous la main ; ce cathéter traversa facilement le col vésical, s'engagea dans l'urètre prostatique où il fut bientôt arrêté par l'extrémité postérieure du rétrécissement que je n'avais pas incisée. Après la section de l'urètre sur le bec de l'instrument, j'introduisis très facilement une sonde en gomme dans la vessie par le bout postérieur de l'urètre.

Je m'attachai alors à réséquer avec soin tout le tissu cicatriciel de la région membraneuse, ne laissant rien de l'urètre à ce niveau et je me rendis compte que l'urètre avait été dévié à droite, attiré de ce côté par la cicatrice du ligament de CARCASSONNE. C'est à cette circonstance que j'attribuai de n'avoir pas trouvé le bout postérieur en suivant exactement la ligne médiane.

La sonde une fois ramenée par le bout antérieur de l'urètre, je fis une urétroplastie, volontairement un peu incomplète et je laissai un drain périnéal. Je ne refermai pas la vessie, préférant y laisser une sonde de PEZZER pour dériver complètement le cours des urines pendant que l'urètre achèverait sa cicatrisation. Suture de la plaie hypogastrique au crin de Florence, sauf au point de sortie de la sonde.

Les 18 et 23 octobre je change la sonde urétrale, la plaie du périnée est en bonne voie de réparation et le 31 octobre je laisse l'urètre sans sonde. A partir de ce moment, je fis passer tous les deux jours, par mon interne, des Béniqués pour calibrer l'urètre ; le 18 novembre on introduisait un Béniqué 48. La sonde hypogastrique avait été enlevée le 25 octobre ; trois jours après la plaie vésicale était cicatrisée.

Le malade quitta l'hôpital en décembre, les mictions étaient faciles, les urines limpides et L... s'introduisait lui-même aisément dans l'urètre une sonde de NÉLATON n° 18. Il fut recommandé au malade de se sonder tous les huit jours avec une bougie en gomme n° 20.

Consultations Médico-Chirurgicales

Phlegmatia alba dolens puerpérale

Professeur-agrégé M. OUI.

INFORMATIONS CLINIQUES. — Une accouchée a présenté, dans les premiers jours qui ont suivi l'accou-

chement, une élévation thermique, parfois très accentuée, souvent légère. Dans la plupart des cas, la fièvre ne s'est montrée que pendant trois ou quatre jours ; rarement la durée a été plus courte. Tout, ensuite, a paru rentrer dans l'ordre. La température s'est abaissée, elle a pu même revenir à la normale.

Parfois cependant, quelques signes pulmonaires ont attiré l'attention : point de côté, gêne et fréquence de la respiration, crachats hémoptoïques, signes variés fournis par la percussion ou l'auscultation et qui ont fait croire soit à une pleurésie, soit à une pneumonie, soit à une broncho-pneumonie.

Puis, vers le 12[e], le 15[e], le 20[e] jour, rarement plus tard, la malade accuse une douleur survenue très rapidement, siégeant habituellement au pli de l'aine, à la partie interne de la cuisse, au creux poplité. En même temps, survient un œdème généralement très accentué de tout un membre inférieur, habituellement le droit, œdème blanc sur lequel les veines se dessinent en lignes bleuâtres. La pression exercée sur le trajet des veines est douloureuse et permet de les sentir sous forme de cordons noueux et durs. Le membre est impotent. Les mouvements volontaires sont impossibles : les mouvements provoqués sont douloureux.

La main appliquée sur le membre perçoit facilement par comparaison avec le membre sain, une élévation de la température locale (Troisier-Pinard). En même temps, le thermomètre accuse une hyperthermie générale brusque qui dure quelques jours et redescend progressivement jusqu'à la normale.

Tous ces symptômes réunis ne peuvent laisser aucun doute sur le diagnostic d'une *phlegmatia alba dolens puerpérale*.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — La phlegmatia alba dolens étant le résultat d'une infection à porte d'entrée utérine, l'indication pathogénique est d'éviter l'infection par la pratique sévère de l'antisepsie au cours de l'accouchement et des suites de couches.

Les autres indications que doit remplir le traitement, une fois la phlegmatia déclarée, sont : *a*) Immobiliser le membre pour éviter la migration d'un caillot et l'embolie pulmonaire toujours menaçante ; *b*) Immobiliser en bonne position pour faciliter la circulation veineuse et éviter les rétractions musculaires en position vicieuse ; *c*) Favoriser, dans la mesure du possible, la résolution de l'inflammation ; *d*) Calmer les douleurs ; *e*) Quand la période aiguë est tout à fait terminée, aider le membre à reprendre ses fonctions normales et combattre l'œdème trop souvent persistant.

TRAITEMENT. — Il faudra, chez toute femme ayant présenté des élévations thermiques dans les premiers jours des suites de couches, exiger le **séjour au lit pendant quatre semaines au moins.**

TRAITEMENT IMMÉDIAT. — Dès les premiers symptômes de phlegmatia, exigez que la malade reste dans le **décubitus dorsal**. Elle sera soulevée pour tous les soins de toilette nécessaires, pour le passage du bassin, pour l'arrangement des oreillers, etc...

Si vous voulez que vos prescriptions à ce sujet, soient rigoureusement suivies, ne manquez pas de prévenir la famille de leur importance et des terribles dangers de l'embolie pulmonaire que peut provoquer un mouvement. Pour l'accouchée, soyez plus réservé ; qu'elle sache qu'un mouvement intempestif peut lui faire courir des dangers graves ; mais mieux vaut lui laisser ignorer les accidents mortels auxquels elle est exposée.

De plus, **immobilisez le membre en extension.** Rappelez-vous que l'extension est indispensable. L'hydarthrose du genou accompagne souvent la phlegmatia, d'où tendance à la flexion légère du membre et parfois rétraction musculaire consécutive fixant le membre en position vicieuse. L'immobilisation du membre en extension met à l'abri de cette complication. Vous pourrez, en outre, aider à la résolution de l'inflammation, diminuer la douleur, et favoriser la circulation veineuse, par l'application locale d'une solution saturée de **chlorhydrate d'ammoniaque** (Pinard) et par **l'élévation du membre**.

Technique de l'immobilisation. — *α*) *Vous disposez d'une gouttière.* — Prenez une gouttière en fil de fer, de longueur suffisante pour la jambe et la cuisse. Garnissez-la d'une bonne couche d'ouate dont vous augmenterez l'épaisseur au niveau du talon. Au dessus de la ouate, étendez un large taffetas ciré dépassant, de chaque côté et largement, les bords de la gouttière. Sur l'imperméable, disposez un certain nombre de compresses fines, s'imbriquant comme celles de l'appareil de Scultet et assez longues pour envelopper le membre.

Le membre est alors soulevé doucement et la gouttière glissée au-dessous, jusqu'à ce que son bord supérieur arrive à la racine de la cuisse. Le membre est alors déposé doucement dans la gouttière.

Imbibez alors les compresses avec la solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque et enveloppez-en le membre en commençant par le pied, puis rabattez les bords du large imperméable, afin de recouvrir le tout. Ayez soin, ensuite, d'imbiber les compresses deux ou trois fois par jour.

Au bout de quatre à cinq jours, la solution de chlorhydrate d'ammoniaque détermine une éruption vésiculeuse miliaire. Il faut alors en cesser l'application, garnir la

gouttière d'un linge sec et fin et y replacer le membre après l'avoir abondamment poudré avec de l'amidon ou, de préférence, avec du talc.

β) *Vous n'avez pas à votre disposition de gouttière métallique.* — Si, chose fréquente dans les milieux pauvres vous manquez d'une gouttière, vous pouvez la **remplacer par un sac de balle d'avoine** ayant la longueur du membre. Ce sac ne doit pas être trop rempli, de façon à avoir une certaine souplesse et à se mouler sur le membre. On peut disposer sur lui un imperméable et des compresses longuettes comme on le fait avec une gouttière et y fixer le membre avec quelques bouts de bande passés au-dessous du sac et dont les chefs sont fixés en avant du membre, au niveau du cou-de-pied, de la jambe et de la cuisse.

γ). Que vous ayez employé la gouttière ou que vous ayez eu recours au sac de balle d'avoine, mettez, **sous le pied, un fort coussin**, de façon à mettre le membre en position inclinée, le pied haut.

Sommeil. — Si les douleurs sont trop vives, usez, pendant les premiers jours, du **chloral** ou des préparations opiacées pour procurer du sommeil à la malade.

TRAITEMENT ÉLOIGNÉ. — Un mois après la dernière élévation de température, jamais plus tôt, la malade sera autorisée à s'asseoir dans son lit et à faire quelques mouvements. Puis, au bout d'une semaine, elle pourra se lever et faire quelques pas. Et, graduellement, dans les jours qui suivront, tous les actes habituels de la vie seront autorisés.

Raideurs articulaires. — Alors, contre les raideurs articulaires, vous emploierez la **mobilisation** en augmentant petit à petit l'amplitude des mouvements provoqués, puis, le **massage**, en évitant les pressions sur le trajet des veines importantes ; face interne de la jambe et de la cuisse, creux proplité.

Œdèmes. — Contre l'œdème persistant et qui augmente sous l'influence de la marche et de la station debout, vous conseillerez le port d'un **bas en tissu élastique** remontant jusqu'à la racine du membre.

Une saison thermale, particulièrement à **Bagnoles** (de l'Orne), a souvent une très heureuse influence sur les troubles moteurs et circulatoires consécutifs à la phlegmatia.

NOUVELLES & INFORMATIONS

— L'ouverture du **Concours pour l'obtention des bourses de doctorat** aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mardi 28 octobre 1902.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le samedi 18 octobre, à 4 heures.

En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1901, les épreuves du concours consisteront en compositions écrites.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie) ;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire.

Les épreuves sont : *a*) une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie ; *b*) une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a*) une composition de médecine ; *b*) une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a*) une composition de médecine ; *b*) une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Les candidats qui justifient de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres, philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

Concours pour l'emploi de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés

Un concours pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris le lundi 10 novembre 1902.

Les candidats devront être Français et docteurs en médecine d'une des facultés de l'Etat, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas être âgé de plus de trente-deux ans au jour de l'ouverture du concours ; ils devront justifier d'un stage d'une année, au moins, soit comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chef de clinique ou internes des hôpitaux nommés au concours.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Elle devra parvenir le *jeudi 9 octobre 1902*, au plus tard, au ministère de l'intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue

Cambacérès, qui est exclusivement chargé de l'organisation du concours).

Cette demande sera accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de service et d'une note résumant ses titres et travaux scientifiques, ainsi que des pièces faisant la preuve de son stage et de l'accomplissement de ses obligations militaires.

Le jury chargé de juger le résultat du concours sera composé comme suit :

1° Un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur, désigné par le ministre, président ;

2° Trois professeurs, agrégés ou chargés de cours des maladies mentales, en exercice dans des facultés ou écoles de médecine de l'Etat ;

3° Trois directeurs médecins ou médecins en chef d'asiles publics d'aliénés ou de la maison nationale de Charenton ;

4° Enfin, un juré suppléant pris parmi les directeurs médecins ou médecins en chef des mêmes établissements.

Tous les jurés seront désignés par le ministre de l'intérieur, sur la proposition du comité des inspecteurs généraux.

Les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours seront choisis dans des facultés ou écoles différentes. Les directeurs médecins ou les médecins en chef devront eux-mêmes être pris dans des établissements différents et, en outre, appartenir à des asiles situés hors du ressort des facultés qui auront fourni les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours.

En cas d'absence, le président est remplacé par un autre inspecteur général des services administratifs désigné par le ministre de l'intérieur.

S'il se produisait plusieurs absences parmi les autres membres du jury, il serait fait appel au juré suppléant pour remplacer le premier juré absent et les épreuves continueraient, de plein droit, avec les membres restants.

Les épreuves seront toutes subies à Paris, sous le contrôle de l'inspecteur général, président

Les épreuves écrites sont éliminatoires.

Les épreuves sont au nombre de cinq, savoir :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats ; le maximum des points sera de 30.

2° Une question écrite portant sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation des aliénés, pour laquelle il sera accordé deux heures ; le maximum des points sera de 10.

3° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition ; le maximum des points sera de 20.

4° Une épreuve clinique sur deux malades aliénés. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades, quinze minutes de réflexion et trente minutes d'exposition. L'un des deux malades sera plus spécialement examiné au point de vue médico-légal ; le maximum des points sera de 30.

Aucun des candidats ne pourra subir cette épreuve dans l'asile auquel il appartient ou aura appartenu depuis moins de trois ans.

5° Une épreuve sur titres. Le maximum des points sera de 10 pour cette épreuve et les points devront être donnés au début de la séance de correction des épreuves écrites. Il sera tenu compte de ces points en vue de l'admissibilité des candidats aux épreuves orales et cliniques.

Art. 5. — Le nombre des places mises au concours est fixé à dix : il ne pourra, dans aucun cas, être dépassé.

Aucun délai n'est garanti pour la nomination des candidats reçus au concours. Au fur et à mesure des vacances d'emploi qui se produiront dans les asiles d'aliénés, les candidats déclarés admis seront nommés suivant l'ordre de classement par mérite établi par le jury.

C'est à partir du jour de l'installation effective du médecin-adjoint que commenceront à courir ses services. Les avancements de classe pourront être accordés par le ministre, savoir :

Aux directeurs médecins et médecins en chef, après trois ans de stage, au minimum, dans la classe inférieure ;

Aux médecins adjoints, après deux ans, au minimum, dans la classe précédente.

Sont et demeurent abrogées les dispositions antérieures au présent arrêté, notamment celles de l'article 8 du 7 mars 1900, qui dispensait du concours le chef de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris. Ce dernier se trouvera, désormais, soumis aux mêmes conditions que les autres candidats.

Annexe de l'arrêté du 9 mai 1902

Le traitement des directeurs médecins, médecins en chef et médecins adjoints des asiles publics d'aliénés ont été établis ainsi qu'il suit :

Directeurs médecins et médecins en chef

Classe exceptionnelle.	8.000 fr.
1re classe	7.000 fr.
2e classe	6.000 fr.
3e classe	5.000 fr.

Médecins adjoints

Classe exceptionnelle.	4.000 fr.
1re classe	3.000 fr.
2e classe	2.500 fr.

A ces traitements s'ajoute la jouissance des avantages en nature déterminés par le règlement (logement, chauffage, éclairage).

— Aux termes du décret du 16 janvier 1898, le régime d'études médicales, institué par le décret du 31 juillet 1893, sera seul en vigueur à dater du 1er octobre 1903.

Il convenait de déterminer quelle sera la situation des étudiants inscrits d'après le régime institué par le décret du 20 juin 1878 et qui n'auront pas terminé leurs études le 1er octobre 1903.

Le tableau ci-après indique les principales catégories dans lesquelles ces élèves seront classés et les dispositions qu'il y aura lieu de leur appliquer :

1. — Étudiants pourvus de quatre incriptions, mais n'ayant point subi le premier examen préparatoire avec succès. — Ces étudiants pourront, sur leur demande, être dispensés de la scolarité afférente au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Ils ne seront admis à prendre la première inscription de doctorat en médecine (régime de 1893) qu'après avoir subi avec succès les épreuves dudit certificat d'études.

2. — Étudiants pourvus de quatre inscriptions ayant subi avec succès le premier examen probatoire. — Ces élèves seront autorisés, sur leur demande, à prendre la première inscription de doctorat en médecine (régime de 1893) avec dispense du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

3. — Étudiants pourvus de huit inscriptions. — Ils seront dispensés de la première année de scolarité (nouveau régime) et pourront poursuivre leurs études en prenant trimestriellement les inscriptions à partir de la cinquième, cette dernière étant prise en novembre.

4. — Étudiants pourvus de dix ou de onze inscriptions, ayant accompli quatre trimestres de dissection, mais qui n'ont point subi les épreuves de la première partie du deuxième examen probatoire ou qui se trouvent sous le coup d'un ajournement à l'épreuve pratique de dissection. — Les étudiants pourvus de dix inscriptions obtiendront, avec la dispense de la première année de scolarité, la concession cumulative des cinquième et sixième inscriptions.

Les étudiants pourvus de onze inscriptions obtiendront, avec la dispense de la première année de scolarité, la concession cumulative des cinquième, sixième et septième inscriptions.

Les uns et les autres seront autorisés à poursuivre leurs études après avoir subi avec succès les épreuves du premier examen probatoire.

5. — Étudiants pourvus de dix ou de onze inscriptions ayant subi avec succès l'épreuve pratique de dissection mais ne s'étant point présentés à l'épreuve orale de la première partie du deuxième examen ou se trouvant sous le coup d'un ajournement à cette épreuve. — La situation scolaire de ces élèves sera établie comme il est indiqué sous le n° 4.

Ils conserveront le bénéfice de l'épreuve pratique de dissection.

Ils ne seront autorisés à poursuivre leurs études qu'après avoir subi avec succès la seconde épreuve du premier examen probatoire (épreuve orale).

6. — Étudiants pourvus de douze inscriptions n'ayant point subi avec succès la deuxième partie du deuxième examen. — Ils seront dispensés des deux premières années de scolarité (nouveau régime) et pourront poursuivre leurs études en prenant trimestriellement leurs inscriptions à partir de la 9e, cette dernière étant prise en novembre.

Ils ne seront admis à prendre la dixième inscription qu'après avoir subi avec succès les épreuves du deuxième examen probatoire (nouveau régime).

7. — Etudiants pourvus de douze à quatorze inscriptions ayant subi avec succès le deuxième examen probatoire. — Les élèves pourvus de douze inscriptions seront dispensés des deux premières années de scolarité (nouveau régime) et pourront poursuivre leurs études en prenant trimestriellement les inscriptions à partir de la neuvième, cette dernière étant prise en novembre.

Les élèves pourvus de quatorze inscriptions obtiendront en outre la concession cumulative des neuvième et dixième inscriptions.

8. — Etudiants pourvus de seize inscriptions. — Ces étudiants dont la scolarité est terminée conserveront le bénéfice des seize inscriptions qui leur ont été délivrées.

Ils seront tenus de satisfaire, conformément au programme établi par le décret du 24 juillet 1899, aux épreuves qui leur resteront à subir pour l'obtention du grade de docteur en médecine.

En conséquence, ceux de ces étudiants qui ne sont pas titulaires des certificats d'aptitude aux deux parties du 3e examen (ancien régime), examen qui est subi après la seizième inscription, devront satisfaire au troisième examen (nouveau régime) qui se passe entre la treizième et la seizième.

A partir du 1er octobre 1903, toutes les épreuves seront subies en conformité des programmes établis par les décrets des 31 juillet 1893 et 24 juillet 1899.

— Par suite de la retraite de M. GRÉARD, vice-recteur de l'Académie de Paris, M. LIARD, directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'Instruction publique, a été appelé à lui succéder.

Les Facultés de médecine perdent en M. LIARD un directeur éclairé et écouté, à qui n'échappait rien de ce qui pouvait développer ou entretenir la vitalité de ces organismes délicats parce que compliqués. La Faculté de médecine de Lille, dont nombre de ses membres doivent de la reconnaissance a leur ancien directeur, adresse à M. LIARD l'hommage de son respectueux dévouement.

Le successeur de M. LIARD, au poste si élevé qu'il abandonne pour une fonction non moins importante, est M. BAYET, antérieurement directeur de l'enseignement primaire. Nous ne pouvons pas ne pas nous souvenir à Lille que M. BAYET fut pendant six ans recteur de notre Université, qu'il fut accompagné à son départ des regrets unanimes et des vœux de ses administrés. Son amabilité exquise, non plus que sa connaissance parfaite des professeurs de notre Faculté de médecine ne l'auront certainement abandonné. Aussi nous nous plaisons à supposer que nous retrouverons le directeur de l'enseignement supérieur aussi bien disposé pour notre Université du Nord qu'il en était l'excellent défenseur quand il présidait à ses destinées. Que M. BAYET veuille bien agréer les meilleurs souhaits de bienvenue des collaborateurs de l'*Echo Médical du Nord*.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Notre collègue le professeur agrégé GAUDIER a eu jeudi dernier 3 courant, la douleur de perdre son père, inspecteur d'Académie honoraire. Le coup a été trop foudroyant pour que, succédant au double deuil qui a frappé notre collègue dans les premiers mois de l'année et à l'affreux accident survenu à sa sœur il y a quelques jours à peine, nous ne prenions pas part à sa douleur et n'assurions pas tous, collaborateurs et lecteurs de l'*Echo médical du Nord*, M. le docteur GAUDIER de notre vive sympathie.

M. GAUDIER père comptait occuper les loisirs de la retraite en écrivant pour l'*Echo médical du Nord* quelques articles d'histoire médicale locale. Nous avons publié naguère l'un d'entr'eux qui fut très remarqué. La sympathie qu'il manifestait

à l'égard de notre journal nous est une raison de plus de nous associer à la douleur de ses fils. LA RÉDACTION.

— Notre collègue le professeur BAUDRY a été désigné pour faire partie de la délégation qui, sous la présidence du professeur BOUCHARD, représentera le ministère de l'Instruction publique au Ier **Congrès médical égyptien**, qui se tiendra au Caire du 19 au 23 décembre prochain.

— Le Concours pour l'**Internat des Hôpitaux** est fixé par la Commission administrative des Hospices au 3 novembre. Le jury sera composé de MM. les professeurs FOLET, GAULARD, SURMONT, CARLIER, BEDART, comme juges titulaires ; DELEARDE, LAMBRET, comme juges suppléants. Trois places d'interne titulaire et cinq places d'interne provisoire seront disputées par les candidats, qu'on dit devoir être fort nombreux.

— Le Concours pour l'**Externat des Hôpitaux** aura lieu le 3 novembre. Dix-sept places sont mises au concours. Le jury sera composé de MM. les professeurs DEBIERRE, BAUDRY, AUSSET, CARRIÈRE, GAUDIER, juges titulaires ; G. GERARD, juge suppléant.

— Nous apprenons avec la plus vive satisfaction que M. le docteur RAVIART, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Bailleul, est promu à la 1re classe du cadre. Nos félicitations à notre sympathique confrère.

— Parmi les récentes promotions dans le cadre du **Corps de santé militaire** nous relevons, comme intéressant particulièrement notre région, celles de MM. les docteurs GRUSON, nommé médecin-major de 1re classe et maintenu au 91e d'infanterie à Mézières (Ardennes) ; TRÉDOS, nommé médecin-major de 1re classe et maintenu au 128e d'infanterie à Abbeville (Somme) ; GAUVIN, nommé médecin-major de 1re classe et désigné pour le 43e d'infanterie, à Lille.

M. le docteur BAROIS, médecin en chef des salles de l'hôpital militaire de Lille, est aussi promu principal de 2e classe et désigné pour l'hôpital militaire de Bourges. Nous adressons à cet excellent confrère, qui nous donna un moment de collaboration, nos meilleurs souvenirs et nos meilleurs vœux. C'est M. le docteur LEJEUNE, médecin-major de 1re classe qui remplace le docteur BARROIS à l'hôpital militaire de Lille.

Notre Carnet

Le docteur DELAHOUSSE, de Roubaix, nous fait part de son mariage avec Mademoiselle Louisa MARESCHAL, célébré à Roubaix le 30 septembre dernier. Nous adressons au jeune couple nos meilleurs souhaits de bonheur.

Distinctions honorifiques

Palmes académiques. — Ont été nommés *officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs BERGUIN de Castelmoron-sur-Lot (Lot-et-Garonne) ; GROSLIER, de Châtelguyon (Puy-de-Dôme); MICHELOT, de Langres (Haute-Marne); *officiers d'Académie* ; MM. les docteurs DUSSAUT, de Neuffons (Gironde) ; BARBIER, de la Réole (Gironde) ; BALLAND, de Gironde (Gironde) ; CHAVOIX, de Bordeaux (Gironde) ; GAURAUD, de Bordeaux (Gironde) ; ROCAZ, de Bordeaux (Gironde) ; DELLAC, de Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Marne), GRANDCLÉMENT, de Villeurbanne (Rhône) ; MONTEUX, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; FANEY, de Besançon, (Doubs) ; TESSIER, de Chavroche (Allier).

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs DIDION, de Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; CÉNAC, d'Argelès (Hautes-Pyrénées) ; CÈTRE, de Fraisans (Jura) ; DE BOSIA, de Bourbon l'Archambault (Allier) ; CHASSAGNE, de Saint-Gauthier (Creuse) ; CREUTZER, de Ceintrey (Loir-et-Cher) ; PERSON, de Bar-le-Duc (Meuse) ; PARIS, de Verdun (Meuse) ; JONNART, de Hauteville (Ain) ; CHOISEAU, d'Offranville (Seine-Inférieure) ; EYRIÈS, de Cadenet (Vaucluse) ; QUINQUIS, médecin des colonies ; LIARD, LUC, PALLERIN et MULOT, médecins-majors de 1re classe en retraite ; JACOB père, de Montsurs (Mayenne) ; BOURGIN, de Lyon (Rhône) ; GAGNEROT, de Vihiers (Maine-et-Loire) ; GUY, de Saint-Laurent-de-la-Plaine (Maine-et-Loire).

FALLOPPE, d'Hautmont (Nord). Nous adressons à la famille de ce dévoué confrère l'expression de nos bien vives condoléances.

GUIHAL, interne des hôpitaux de Paris ; MASSONI, âgé de 89 ans, interne à l'hôpital de Philippeville (Algérie), doyen des internes du monde entier ; GENISSET, étudiant en médecine à Besançon (Doubs).

Vient de paraître :

Consultations médico-chirurgicales, 1re série, par le docteur F. COMBEMALE, avec la collaboration de MM. AUSSET, CHARMEIL, CAUMARTIN, DUBAR, FOLET, GAUDIER, INGELRANS, DE LAPERSONNE, LE FORT, POTEL, OUI, SURMONT, chez O. DOIN, 8, place, de l'Odéon, Paris, 1902 : 6 francs ; par poste, 0,60 c. en plus.

Les lecteurs de l'*Echo médical du Nord* savent que depuis près de deux ans ont paru dans ce journal des consultations très étudiées sur divers sujets de clinique médicale, chirurgicale, obstétricale et de cliniques spéciales. Nombre d'entr'eux ont bien voulu nous dire combien ils appréciaient cet effort d'avoir mis à la portée du plus grand nombre, étudiants et praticiens, le traitement raisonné de quelques maladies. Certains même ont manifesté le désir de voir réunies en un volume portatif ces consultations éparses dans près de cent numéros de journal, et par suite difficiles à retrouver au moment opportun. C'est à ce désir que les auteurs de ces Consultations ont cru devoir répondre en publiant ce volume. Ceux qui en ont apprécié les qualités en articles de journal, retrouveront ici ces mêmes qualités. Ils verront qu'à des informations cliniques, généralement restreintes au tableau clinique, succèdent dans chaque consultation un exposé des indications suivant les cas pathogéniques ou cliniques, réduit à son minimum, et qu'enfin le traitement prend la place capitale, avec les subdivisions nécessaires. On y explique pourquoi on préfère le traitement préconisé à tout autre, pourquoi on rejette telle thérapeutique, on y désigne ce qu'il ne faut pas faire ; bref, on se montre praticien, et non majestueux innovateur et inventeur.

Le *régime lacté*, les *lavements alimentaires*, l'*alcoolisme aigu*, les *fièvres éruptives en général*, la *syphilis*, la *coqueluche*, l'*asthme*, la plupart des *maladies pulmonaires*, la *chlorose*, l'*angine de poitrine*, l'*apoplexie*, l'*épilepsie*, les *convulsions*, les *gastro-entérites* sont particulièrement traités ainsi que l'*acné*, le *psoriasis*, et en chirurgie les *écrasements des membres*, les *phlegmons de la main*, la *coxalgie*, les *hémorrhoïdes*, les *hémorrhagies utérines*, l'*appendicite*, l'*occlusion intestinale*, les *otites moyennes*, les *blessures de l'œil par explosion*, la *carie dentaire*, les *accidents de la dent de sagesse*, la *délivrance naturelle*, la *délivrance anormale*.

En vente : chez LE BIGOT frères, imprimeurs, 25, rue Nicolas-Leblanc, Lille.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 301. Sixième Année. N° 42. Le Numéro : 10 centimes. 19 Octobre 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Expériences sur le suc intestinal et sur le suc pancréatique

par le docteur **E. Wertheimer** (1)
professeur de physiologie à la Faculté de médecine.

I. — Sur les propriétés du suc intestinal obtenu par énervation de l'intestin

1° *Exposé de la question.* — CL. BERNARD avait remarqué que l'ablation des ganglions et du plexus solaires produit rapidement une diarrhée abondante (2). Peu après, BUDGE observait le même fait. A. MOREAU a donné plus de précision à l'expérience : il sectionne les filets nerveux qui se rendent à une anse intestinale comprise entre deux ligatures et au bout de quelques heures il la trouve distendue par du liquide, alors que les anses voisines, également isolées, restent vides (3).

(1) Ces expériences ont été faites avec la collaboration de M. LEPAGE.
(2) Leçons sur les liquides de l'organisme, t. II, p. 341.
(3) C. R. de l'Acad. des Sciences, 1868, t. 66, p. 554.

Le mécanisme de cette surproduction de suc intestinal n'est pas encore bien élucidé. On a admis qu'elle est le résultat d'une dilatation paralytique des vaisseaux, consécutive à la destruction des nerfs vaso-moteurs. On peut supposer aussi que certains centres nerveux exercent soit sur les glandes de l'intestin, soit sur ses ganglions intra-pariétaux une influence modératrice qui se trouve supprimée du fait de l'énervation. Cette dernière théorie semble trouver un appui dans les observations de LAUDER BRUNTON et PYE SMITH, qui localisent en effet des centres modérateurs dans le ganglion inférieur du plexus solaire et dans le ganglion mésentérique supérieur (1).

D'après ces expérimentateurs, tant que ces ganglions restent en communication avec l'intestin, celui-ci ne se remplit pas de liquide, même si on détruit la moelle et le ganglion semilunaire, tandis que leur ablation produit le même effet que la section des nerfs mésentériques. Cependant cette expérience ne permet pas de conclure sans réserves à l'existence de centres modérateurs de la sécrétion intestinale; elle est passible d'une autre interprétation que celle que lui ont donnée ses auteurs. Si l'ablation de certains ganglions abdominaux est vraiment indispensable à la surproduction du liquide intestinal, c'est peut-être parce que ces centres sympathiques contribuent à entretenir la tonicité des parois vasculaires et non parce qu'ils jouent le rôle de centres modérateurs de

(1) Cité d'après GAMGEE, *Physiolog. Chemistry*, t. II, p. 411.

la sécrétion : c'est-à-dire qu'on est ramené ainsi à la première hypothèse, celle de la paralysie des vaisseaux de l'intestin. Il est difficile de se prononcer actuellement sur les deux solutions proposées, qui renferment peut-être l'une et l'autre une partie de vérité : mais il ne paraît pas probable que l'entrave apportée à l'absorption intestinale par la section des gros troncs lymphatiques, forcément sacrifiés avec les nerfs mésentériques, concoure, comme le veut LANDOIS, à l'accumulation du liquide dans la cavité de l'intestin.

Le résultat de l'opération de MOREAU n'est pas absolument constant ; on peut trouver, après quelques heures, l'anse intestinale énervée tout à fait vide. Cependant les insuccès complets sont exceptionnels, si j'en juge d'après mes expériences ; par contre, la quantité de liquide produite varie dans de larges limites. C'est ainsi que, chez un petit chien de 4 k. 800, une anse d'environ 40 centim. de long a donné jusqu'à 210 c.c. de suc en six heures un quart ; chez un autre animal de 6 kg. 500 une anse de 45 centim. a fourni 150 c.c. en quatre heures trois quarts, alors que dans d'autres cas, en douze ou quinze heures, on n'obtient, par exemple, que 30 à 40 c.c. bien qu'on ait apporté le même soin à pratiquer l'énervation. Les quelques auteurs qui ont fait cette opération insistent sur ce point qu'elle doit être complète. J'ai cependant parfois obtenu une production abondante de liquide sans même toucher aux nerfs ou du moins aux troncs nerveux ; ceux-ci sont, comme on sait, intimement accolés aux vaisseaux mésentériques et particulièrement aux artères. Chez quelques animaux, j'ai simplement déchiré le mésentère, au voisinage de l'intestin, entre les rayons vasculo-nerveux. Chez un chien de 8 kil. 500 une anse de 30 centim., opérée de la sorte, a fourni, en cinq heures, 70 c.c. de liquide. Sur un autre animal, on a pris deux anses de même longueur, on a énervé l'une, on a seulement dilacéré, dans l'intervalle des vaisseaux, le mésentère de l'autre et au bout de quinze heures on a trouvé 50 c.c environ de liquide dans les deux. Je dois ajouter qu'ayant renouvelé ensuite la même tentative dans trois expériences successives, je n'obtins rien, et je renonçai à ce procédé qui, s'il est peu sûr, méritait cependant d'être signalé.

MOREAU a bien étudié les caractères physiques et chimiques du suc qu'il a recueilli, mais il ne paraît pas s'être occupé de ses propriétés digestives. Cette question a été successivement abordé par RADZIEJEWSKI (1878), par HANAU (1), plus récemment par LEUBUSCHER et TECKLENBURG (1894) et par LAFAYETTE B. MENDEL (2) ; elle était dans l'opinion de ces expérimentateurs intimement liée à celle du mécanisme de la production du liquide. Si ce suc, pense-t-on, est élaboré par les glandes de l'intestin, il doit participer des propriétés du suc entérique normal ; s'il n'est qu'un simple produit de transsudation, il ne doit avoir aucun pouvoir digestif. Cette dernière opinion était celle de VULPIAN qui, sans rapporter d'expériences personnelles, déclare que le liquide de MOREAU n'a rien de commun avec le suc entérique vrai, que c'est « du liquide de diarrhée » (3). RADZIEJEWSKY, qui tend aussi à le considérer comme un simple transsudat, invoque, entre autres, cet argument, que le suc paralytique ne renferme pas de ferment qui digère la fibrine. C'est précisément le même argument qui conduit HANAU à l'identifier avec le suc entérique normal, auquel il refuse également toute propriété digestive.

A leur tour, LEUBUSCHER et TECKLENLURG s'accordent avec les auteurs précédents pour admettre que le liquide de MOREAU est incapable de digérer la fibrine et de saccharifier l'amidon

Mais il faut remarquer que l'action directe du suc entérique normal sur la fibrine, longtemps reconnue par les uns, niée par les autres, ne peut plus être admise aujourd'hui ; que son action sur l'amidon est peu marquée d'après la plupart des observateurs : et d'ailleurs le ferment amylolytique est si répandu dans l'organisme, que sa présence en faible quantité dans le liquide de MOREAU ne serait pas très probante. Ce qui revient à dire que les points de comparaison entre le suc normal et le liquide de MOREAU étaient mal choisis.

Aucun des expérimentateurs que j'ai cités n'a songé à utiliser une propriété de suc intestinal que CL. BERNARD et PASCHUTIN avaient signalée depuis longtemps et qui est des plus nettes, celle de dédoubler le saccharose. Il semble bien que CL. BERNARD ait déjà observé que le suc d'origine paralytique partage cette propriété avec le suc normal. Dans ses « Leçons sur le diabète, » après avoir indiqué les principaux procédés qui permettent d'obtenir le suc entérique, y compris le procédé de MOREAU, il ajoute : « j'ai constaté que le suc

(1) *Zeitschr. f. Biolog.* 1886, p. 195.
(2) *Arch. de Pflüger* 1896, t. 63, p. 425.
(3) Leçons faites à la Faculté de Médecine, in Journal « *l'Ecole de Médecine* », 1874.

intestinal, de quelque façon qu'il soit obtenu, joue un rôle très important dans la digestion. Il contribue exclusivement à digérer les substances hydrocarbonées et en particulier le sucre de canne ». Mais c'est surtout MENDEL qui a consacré aux effets du suc paralytique sur les hydrates de carbone une étude spéciale, d'où il résulte que ce suc saccharifie, mais très lentement, l'amidon, qu'il invertit le saccharose, dédouble le maltose, mais non le lactose.

MENDEL a renoncé à toute recherche relative à l'action de ce suc sur l'albumine parce que, dit-il, on peut considérer comme démontré que le suc intestinal pur ne possède aucune propriété protéolytique. Mais PAVLOV et son élève CHEPOVALNIKOFF ont prouvé récemment que le suc intestinal joue un rôle des plus importants dans la digestion des albuminoïdes, qu'il contient une diastase qu'ils ont appelée l'entérokinase, dont la propriété est de renforcer à un degré vraiment extraordinaire, l'action de la trypsine pancréatique (1) : DELEZENNE est encore allé plus loin puisqu'il a montré que le suc pancréatique, fourni par un chien porteur d'une fistule permanente, ne possède pas d'action propre vis-à-vis de l'albumine, que le concours de l'entérokinase lui est indispensable pour digérer l'albumine (2). J'ai voulu voir si le suc obtenu par énervation favorise, comme le suc normal, la digestion tryptique des albuminoïdes.

2° *Expériences.* — L'énervation de l'anse intestinale était pratiquée sous le chloroforme : avant de détruire les filaments nerveux, on avait soin de laver, largement, avec la solution physiologique de Cl Na, l'anse ouverte au thermocautère à ses deux extrémités, pour la débarrasser de tout ce qu'elle pouvait contenir et en particulier des restes du suc pancréatique, qui par son mélange avec le suc intestinal aurait pu conférer au liquide recueilli un certain degré d'activité protéolytique. Je dirai tout de suite que ce résultat a toujours été parfaitement atteint, puisque jamais le suc obtenu, soit qu'il fût frais, soit qu'il eût été abandonné pendant quelques jours, après addition d'un peu de chloroforme, n'a attaqué un petit cylindre d'albumine d'environ un millimètre de diamètre, même après un séjour de quarante-huit heures à l'étuve.

Après le lavage on liait l'anse intestinale à ses deux extrémités, en comprenant, il va sans dire entre deux ligatures, les boutonnières qui y avaient été pratiquées. Quelques heures après l'énervation, on sacrifiait en général l'animal et on vidait l'anse de son contenu. Le liquide recueilli a habituellement une coloration jaunâtre, quelquefois il est un peu teinté de rouge, il renferme toujours une quantité variable de grumeaux, et quand il n'est pas sécrété en abondance, il a parfois l'aspect d'un épais brouet.

Pour étudier l'action de ce suc sur la digestion tryptique on mettait à l'étuve deux éprouvettes : une éprouvette témoin, renfermant du suc pancréatique jugé inactif, une autre contenant de ce même suc additionné de quelques gouttes de suc intestinal.

Dans chaque éprouvette on déposait habituellement : 1° un tube de METTE ; 2° ce que j'appellerai un cylindre nu. (Le tube de METTE est un tube de vaccin que l'on remplit par aspiration de blanc d'œuf et que l'on plonge pendant trente à soixante secondes dans de l'eau en ébullition pour coaguler l'albumine : le cylindre nu est un cylindre d'albumine extrait de la gaîne d'un tube de METTE et mesurant un peu plus d'un millimètre de diamètre sur 7 ou 8 millimètres de long).

Je me procurais le plus souvent du suc pancréatique inactif, en injectant dans l'intestin un gramme d'une solution de chloral à 1/5 (1). Ce n'est pas que le chloral ait sous ce rapport une action spécifique, mais il provoque, en général, une sécrétion plus abondante que les solutions acides ; ce qui est une des conditions principales d'inactivité du suc : plus le suc pancréatique est produit rapidement et plus on peut compter sur une inactivité non seulement immédiate, mais encore prolongée. On en jugera par quelques exemples. J'ai laissé à l'étuve pendant 4 jours consécutifs du suc de chloral (2) avec un tube de METTE et un cylindre nu ; au bout du troisième jour celui-ci était devenu un peu moins opaque, le quatrième jour il était presque transparent, mais toujours entier, le tube de METTE n'était même pas attaqué. Du suc recueilli le 9 janvier a été mis à l'étuve le 21 ; au bout de vingt-quatre heures le cylindre était devenu simplement transparent et le tube de METTE avait perdu à peine un millimètre. Du suc recueilli le 6 février a été mis à l'étuve le 5 mars : après vingt-quatre heures, le cylindre était un peu moins opaque, et le tube de METTE ne présentait aucune trace d'attaque.

(1) PAVLOV. — Le travail des glandes digestives, Paris, Masson, 1901.

(2) DELEZENNE. — Soc. Biologie, juin 1902.

(1) Voir WERTHEIMER et LEPAGE, *De l'action du chloral sur la sécrétion pancréatique*, Soc. de Biol. 1900, p. 668.

(2) Pour abréger, j'appellerai suc de chloral, suc d'acide, suc de pilocarpine, le suc pancréatique sécrété sous l'influence d'une injection de chloral, d'acide dans l'intestin, ou de pilocarpine dans une veine.

Les sucs dont je viens de parler provenaient d'animaux à jeun ou n'ayant mangé que du pain : mais on peut en obtenir d'aussi inactifs même chez des animaux en digestion d'un repas copieux de viande et nourris à la viande depuis quelques jours. C'est ainsi que du suc de chloral recueilli, dans ces conditions, le 8 février et mis à l'étuve seulement le 5 mars, n'a pas digéré en vingt-quatre heures le petit cylindre d'albumine. Je reviendrai plus loin sur ce point.

Ces sucs étaient généralement conservés en présence d'une couche de chloroforme déposée au fond de l'éprouvette ; mais cette précaution paraît peu efficace pour éviter leur altération ; elle n'empêche pas, même si on a soin d'agiter fréquemment les deux liquides en contact, que souvent des sucs primitivement inactifs n'acquièrent spontanément un certain degré d'activité, c'est-à-dire que le proferment qu'ils renferment s'est transformé en ferment parfait. On pouvait se demander si cette transformation se fait lentement en présence de l'air ou bien si elle n'est pas due, ce qui paraissait plus probable, à l'ingérence des microbes. Delezenne a donné une base expérimentale à cette dernière opinion en montrant que certains microbes sécrètent des diastases, douées des mêmes propriétés que l'entérokinase (1).

Je pourrais maintenant résumer d'un mot les résultats de mes expériences en disant que tous ces sucs pancréatiques inactifs dont je viens de parler devenaient toujours actifs par l'addition de quelques gouttes, parfois même d'une goutte de suc intestinal obtenu par énervation. Mais avant de les exposer avec quelques détails, je montrerai comment se comporte le suc entérique normal, sécrété lentement, que je me procurais par une fistule extemporanée, et dont la quantité ne dépassait guère 2 à 4 c.c. en deux heures et demie ou trois heures.

Expérience I. — 2 octobre 1901. Chien de 9 k. 9 curarisé : a mangé 200 gr. de viande à midi. A 4 h. on isole le segment du duodénum situé au-dessous du pancréas ; on pratique au thermocautère un orifice dans l'extrémité inférieure de ce segment pour le laver avec la solution physiologique tiède de ClNa, puis on lie une canule dans cet orifice. On introduit une canule dans le canal pancréatique.

En 8m50s on n'a que deux gouttes de suc pancréatique : on injecte dans le jéjunum 15 c.c. d'une solution d'acide chlorhydrique à 5 p. 1.000 et en 15 min. on a 2,8 c.c. de suc pancréatique ; en 20 min. on a 3,12 c.c. Puis la sécrétion se ralentit et dans les 20 min. suivantes on n'a plus que 0,28 c.c. de suc.

On fait une injection d'un centigr. de pilocarpine dans la saphène : en 20 min, on n'a que 0,5 c.c. Une nouvelle injection de pilocarpne n'amène au bout de 15 min. que 0,2 de suc qu'on ne conserve pas.

Ce n'est que 7 min. environ après la première injection de pilocarpine que le suc intestinal commence à se montrer dans la canule duodénale qui qui n'en avait pas fourni depuis le début de l'expérience, et en 35 min. on a 0,8 c.c. de ce suc.

Les sucs recueillis sont laissés à la température du laboratoire depuis 7 heures du soir jusqu'au lendemain matin à 11 heures ; à ce moment il y a déjà dans le suc de pilocarpine des cristaux de tyrosine.

Le 3, à 11 heures, on met à l'étuve le suc d'acide divisé en deux portions de 1,5 chacune : la première est laissée telle quelle (A_1), la deuxième est additionnée de 3 gouttes du suc intestinal recueilli chez le même animal (A_2). On met également à l'étuve les 0,28 c.c. de suc d'acide sécrété lentement (A_3), enfin le suc de pilocarpine (P), ces deux dernières éprouvettes sans addition de suc intestinal. On dépose dans A_1 et A_2 un cylindre nu et deux tubes de Mette, dans A_3 et P un cylindre et un seul tube A midi 1/4, en P, il s'est formé dans toute la hauteur du liquide un nuage de cristaux de tyrosine ; on peut cependant se rendre compte que le tube de Mette est attaqué sur 1 millim. environ à chacune de ses extrémités : dans aucune des autres éprouvettes, il n'y a de modification.

A 4 h. dans A_1 et A_3 tout est intact. Dans A_2 (le suc pancréatique additionné de suc intestinal) le cylindre a disparu, les deux tubes de Mette sont attaqués à chaque extrémité dans l'étendue d'un millim. environ. Dans P, bouillie épaisse de cristaux ; le tube de Mette que contient cette éprouvette et qui mesure 8 millim. de long, ne renferme plus qu'un noyau central d'un millim. au plus. On retire P de l'étuve.

A 7 h. 1/4 dans A_1 tout est intact ; dans A_3 tube de Mette intact, cylindre nu un peu aminci. En A_2 dans l'un des tubes de Mette il reste un noyau de 2,5 mill. sur 5,5 de longueur totale ; dans le second tube qui a 9 mill. il y a environ 1,5 mill. de dissous à chaque extrémité. On retire A_2 de l'étuve.

Le 4 octobre, à 11 h. 1/2, dans A_3 le cylindre nu est dissous, le tube de Mette a perdu 2 mill. en tout ; dans A_1 le cylindre est encore présent, un peu aminci ; le tube de Mette est très légèrement entamé.

Le 3, à 4 h. 20, on a mis également à l'étuve 0,7 c.c. de suc intestinal pur avec un flocon de fibrine, un cylindre nu, un tube de Mette.

Le lendemain, à 11 h. 1/2, dans cette éprouvette tout est absolument intact, y compris le flocon de fibrine.

On voit que le suc pancréatique qui, par lui-même, en vingt-quatre heures, n'avait pu digérer le petit cylindre d'albumine, l'a digéré en moins de cinq heures sous l'influence du suc intestinal, et de plus, en huit heures, il a dissous 3 mill. d'un tube de Mette. J'appellerai encore l'attention sur d'autres détails de cette expérience. J'ai montré que chez un animal à jeun le suc pancréa-

(1) Delezenne. — *Société de Biologie*, juillet 1902.

tique, sécrété à la suite d'injections irritantes dans l'intestin, n'a aucune action sur l'albumine, tandis que le suc de pilocarpine est très actif (1). CAMUS et GLEY ont observé le même fait (2). Je ne tardai pas à constater qu'il en est encore ainsi, même chez un animal en digestion de viande, pourvu que la sécrétion provoquée par les injections d'acide, de chloral, etc., fût tant soit peu abondante. L'expérience précédente est un exemple de ce genre. On remarquera aussi : 1° que la deuxième portion du suc d'acide, par cela même qu'elle a été sécrétée lentement, a présenté un pouvoir protéolytique propre, assez marqué, sans addition de suc intestinal ; 2° que l'activité du suc de pilocarpine était telle que laissé à la température du laboratoire pendant la nuit, il renfermait au bout de quelques heures des cristaux de tyrosine, c'est-à-dire qu'il avait commencé à digérer l'albumine qui entre dans sa composition.

Mais pour en revenir à l'objet principal de cette étude, je reproduirai quelques expériences destinées à démontrer que le suc intestinal obtenu par énervation possède, presque au même degré que le suc normal, le pouvoir de conférer au suc pancréatique l'activité protéolytique qui lui fait défaut.

EXPÉRIENCE II. — 27 novembre 1901. Chez un chien de 5 kg. on a énervé à l'origine du jéjunum une anse de 25 cent. de long, et un peu plus bas on a compris entre deux ligatures une autre anse de même longueur. L'opération est terminée à 11 h. 10. A 4 h. 40 on retire du segment énervé 65 c.c de liquide qui renferme peu de grumeaux ; le segment voisin est vide.

Le 28 novembre, chez un chien à jeun depuis plus de 24 heures, on recueille à la suite d'une injection de chloral dans l'intestin 1,9 c.c. de suc pancréatique en 29 m. On en prélève deux échantillons de 0,6 c.c. chaque, l'un pur (A_1), l'autre additionné de trois gouttes de suc intestinal recueilli la veille (A_2) et on met à l'étuve à 7 h. 20 du soir.

Le 29 novembre, à 8 h. 10 du matin, dans A_1, le cylindre nu est un peu gonflé et transparent sur ses bords, mais absolument intact ainsi que le tube de METTE ; dans A_2 le cylindre a disparu et le tube de METTE qui a 8 millim. de long ne renferme plus qu'un noyau de 4,5 millim.

EXPÉRIENCE III. — Pour montrer encore une fois combien la rapidité avec laquelle le suc pancréatique est sécrété influe sur son pouvoir protéolytique, je signalerai que le 27 novembre, c'est-à-dire le jour même où le suc intestinal dont il vient d'être question avait été recueilli, on l'avait mis à l'essai sur du suc de chloral recueilli aussi le même jour chez un animal qui n'en avait fourni que 0,8 c.c. malgré trois injections successives de chloral. On avait mis ce suc à l'étuve à 7 heures du soir, après l'avoir divisé en deux portions dont l'une avait été mélangée à trois gouttes de suc intestinal. Le lendemain, à 11 heures du matin, tout était également dissous dans les deux éprouvettes, cylindres nus et contenu des tubes de METTE. On trouvera plus loin un autre exemple du même genre (Exp. VIII).

(1) Soc. de Biol., 1901, p. 139.
(2) Ibid., p. 194.

EXPÉRIENCE IV. — Le 30 novembre, on a retiré à 11 heures d'une anse du jéjunum, énervée la veille à 11 h. 1/2, 60 c.c. de liquide. A 7 heures du soir, on a mis à l'étuve du suc pancréatique fourni par le chien de l'exp. II, après une deuxième injection de chloral qui avait donné 3,8 cc en 38 min. Le lendemain à midi dans A_1 (suc pancréatique pur) le cylindre nu n'est pas dissous, le tube de METTE est attaqué sur moins d'un millim. ; dans A_2 (suc pancréatique et intestinal), tout est dissous ; le tube de METTE avait 7.5 mill. de long.

On avait mis également à l'étuve du suc intestinal pur avec un petit cylindre nu ; au bout de 48 heures, celui-ci était absolument inaltéré

EXPÉRIENCE V. — Le 9 janvier 1902, on énerve à 6 heures du soir une anse jéjunale de 25 centim. ; le lendemain, à 10 h. 1/2, le chien est trouvé mort : on retire de l'anse énervée 75 c.c. de liquide.

Le 10, à 5 h. 45, on a mis à l'étuve 0,4 de suc de chloral pur, recueilli la veille (A_1) et 0,4 de ce même suc mélangé à un peu de suc intestinal obtenu le matin (A_2). Le 11, à 11 heures, dans A_1 tout est intact, le cylindre est un peu moins opaque ; dans A_2 le cylindre est dissous et les deux tubes de METTE qui y ont été déposés ne renferment plus l'un et l'autre qu'un noyau d'environ 3 millim.

On ne revoit les éprouvettes qu' à 6 heures du soir. Dans A_1, tout est intact, le cylindre nu est un peu plus transparent, le tube de METTE n'est pas attaqué. Dans A_2, tout est dissous ; les tubes de METTE sont vides ; ils avaient tous deux 8 mill. de long.

Dans les expériences suivantes, on a fait agir le suc intestinal sur du suc pancréatique qui s'était conservé longtemps inactif.

EXPÉRIENCE VI. — Chez un chien de 6 kg. une anse de jéjunum énervée le 27 février, a donné, au bout de 15 h. 1/2. 50 c.c. de liquide.

Le 1er mars, à midi, on met à l'étuve : 1° du suc de chloral pur du 6 février (A_1) provenant d'un chien à jeun qui en avait fourni 6 c.c. en une heure ; 2° de ce même suc additionné d'une goutte du suc intestinal du 27 février A_2.

Le soir, à 5 heures, dans A_1 tout est intact ; dans A_2 le cylindre est dissous, le tube de METTE commence à être attaqué. On ne revoit les éprouvettes que le 2, à 7 h. du soir. Dans A_1 tout est intact, le cylindre nu est devenu un peu transparent. Dans A_2 le tube de METTE est attaqué sur un millimètre environ à chaque extrémité.

Je dois ajouter que ce suc pancréatique du 6 février, soumis le jour même où il avait été recueilli à l'action du suc intestinal n'a digéré également que 2 millim. d'un tube de METTE en 24 heures.

EXPÉRIENCE VII. — Chez un chien de 6 kg. 500 on a énervé le 4 mars, à 11 h. 1/2, une anse du jéjunum de 45 centim. A 4 h. 1/4 on retire de l'intestin 150 c.c. de liquide.

Le 5 mars, à midi 45, on met à l'étuve du suc d'acide du 10 février, un échantillon pur (A_1); un autre additionné du suc intestinal du 4 mars (A_2). A 7 h. 1/4 dans A_1 tout est intact ; dans A_2 les cylindres nus (on en a mis deux) sont encore intacts également, mais devenus à peu près transparents.

Le 6, à 10 h. du matin, dans A_1 tout est intact. Dans A_2 les cylindres nus sont dissous et le tube de METTE est attaqué sur un 1/2 millim. à chaque bout.

CHEPOWALNIKOFF avait constaté que chez les animaux opérés d'après le procédé de THIRY le suc entérique fourni par une fistule duodéno-jéjunale manifeste une très grande activité pour renforcer la digestion tryptique, alors que le suc de l'iléon agit très faiblement. DELEZENNE s'est assuré également que les macérations chloroformées de la muqueuse du duodénum et du jéjunum sont plus particulièrement riches en kinase, que la muqueuse de la première partie de l'iléon en contient déjà beaucoup moins et que l'extrémité inférieure de l'intestin grêle en est presque dépourvue (1).

Puisque le suc normal que fournit cette dernière région est déjà si peu actif, on se serait attendu à ce que le suc paralytique, si rapidement formé, qui en provient, soit tout à fait inefficace. Cependant son activité a été beaucoup plus prononcée qu'on aurait pu le prévoir, ainsi qu'en témoigne l'exemple suivant.

EXPÉRIENCE VIII. — 3 décembre 1901. A 6 h. 1/2 on a fini d'énerver une anse intestinale, immédiatement au-dessus du cæcum. Le lendemain matin, à 11 h., on en retire 75 c.c de liquide.

A 11 h. 1/2 on a mis à l'étuve : 1° du suc de chloral pur (A_1) recueilli le 2 décembre et sécrété lentement (0,8 c.c. en 1 h. 27), 2° de ce même suc additionné d'un peu du suc intestinal qu'on vient d'obtenir (A_2). 3° du suc de chloral pur (A_3) recueilli le 29 novembre et sécrété rapidement (4 c.c. en 37 min.) ; 4° de ce même suc additionné de suc intestinal (A_4).

A 4 h. 1/2 dans A_1, le cylindre nu n'a pas encore disparu, mais il est réduit à un filament grêle transparent, dans A_2 le cylindre a disparu ; dans A_1 comme dans A_2, le tube de METTE, vu à travers les parois de l'éprouvette, paraît attaqué sur une longueur d'un demi-millim. environ à chaque bout. Dans A_3 tout est intact. Dans A_4, le cylindre a disparu, le tube de METTE est attaqué sur 1/2 millim. à chaque bout.

(1) DELEZENNE. — *Soc. de Biol.*, mars 1902, p. 281.

Le 5, à 11 h. du matin, dans A_1 et A_2 tout est également dissous. Dans A_3, le petit cylindre est encore entier mais transparent, le tube de METTE a perdu en tout 2,5 millim. Dans A_4, le contenu du tube qui mesurait 7,5 millim. de long, a disparu en totalité.

Si toutefois on fait agir simultanément sur deux portions d'un même suc pancréatique, le suc paralytique du jéjunum et celui de l'iléon, obtenus l'un et l'autre chez le même animal, le premier se montre en général un peu plus actif que le second.

J'ai aussi comparé dans quelques expériences le suc paralytique avec le suc normal ; la comparaison est, d'habitude, en faveur de ce dernier, bien que la différence ne soit pas très prononcée ; quelquefois même elle ne s'observe pas. L'expérience suivante est intéressante à ce point de vue.

EXPÉRIENCE IX. 5 février 1902. — Chez un chien de 4 kg. 800, en digestion d'un repas de viande et dont les chylifères sont blancs, on a fini d'énerver, à midi et demi, une anse du jéjunum. A 6 h. 45, on a retiré du segment énervé 210 c. c. de suc qui, après filtration, est comme d'ordinaire clair et légèrement grisâtre : l'anse distendue par le liquide mesure 45 cent. de long.

Le même jour on a recueilli chez un autre chien, d'une fistule extemporanée de l'origine du jéjunum, 2 c. c. de suc intestinal en 2 heures ; le même animal a fourni rapidement, à la suite d'une injection de chloral dans l'intestin, 1, 2 c.c. de suc pancréatique.

A 7 heures 1/2 du soir on a divisé ce suc en trois parties égales : l'une est laissée telle quelle (A_1) ; la deuxième est additionnée de 0,2 c.c. de suc intestinal normal (A_2) ; la troisième de 0,2 c.c. de suc intestinal paralytique (A_3).

Le lendemain, à 10 heures du matin, dans A_1 tout est intact ; dans A_2 et dans A_3 les cylindres d'albumine ont disparu ; dans une éprouvette comme dans l'autre le tube de METTE qui a 6,5 mill. de long ne contient plus qu'un noyau de 2,5 mill.

Il est remarquable que quelques gouttes d'un suc formé très abondamment en un temps restreint (210 c.c. en six heures un quart se soient montrées aussi actives que la même quantité prélevée sur 2 c. c. sécrétés en deux heures.

Mais ce sont là des points secondaires : l'essentiel est que la propriété la plus caractéristique du suc entérique normal, celle qu'il manifeste à l'égard du ferment protéolytique du pancréas, appartient aussi au suc d'origine paralytique ; de même le pouvoir de transformer l'amidon et les sucres, comme l'a vu MENDEL. J'ai fait aussi quelques expériences sur le pouvoir inversif du liquide de MOREAU, et je ne puis que confirmer les résultats de MENDEL. Ce physiologiste,

dans le seul exemple qu'il rapporte, a observé un commencement de transformation du saccharose au bout de trois heures. En faisant agir, sur 4 c.c. d'une solution de sucre de canne au 1/10me, 1 c.c. de suc intestinal, j'ai obtenu une réduction très nette de la liqueur de FEHLING après avoir laissé le mélange à l'étuve pendant une demi-heure et une réduction abondante au bout d'une heure.

MENDEL n'a trouvé au suc paralytique aucune action sur le sucre de lait, bien que les recherches récentes de ROHMANN et LAPPE aient démontré la présence de la lactase dans l'intestin grêle du chien. Je n'ai pas fait d'expérience à ce sujet, mais il est probable que si les résultats de MENDEL ont été sur ce point négatifs, cela tient à l'âge des animaux sur lesquels il a expérimenté.

PORTIER a trouvé, en effet, que si l'intestin des jeunes chiens contient en abondance la lactase, celui des chiens adultes ne la contient qu'en faible proportion, et que l'intestin des chiens vieux n'agit presque pas ou même pas du tout sur le sucre de lait (1).

On peut donc dire que les propriétés principales du suc entérique normal se retrouvent dans le suc paralytique. Et maintenant, ces faits fournissent-ils sur la nature et sur le mode de production de ce suc les renseignements qu'on a cru pouvoir leur demander ? Prouvent-ils qu'il est élaboré par les glandes de l'intestin et non pas transsudé directement des vaisseaux ? Cette conclusion, quelque logique qu'elle paraisse, serait contestable. C'est qu'en effet, il semble que les glandes de l'intestin, glandes de BRÜNNER et glandes de LIEBERKÜHN, ne jouent qu'un faible rôle dans l'élaboration des ferments du suc entérique normal. Des expériences de DELEZENNE, il résulte que ce sont les follicules clos et les leucocytes si abondants dans la muqueuse intestinale qui concourent le plus activement à la production de l'entérokinase (2). BROWN et HÉRON, de leur côté, ont constaté que l'action des plaques de PEYER sur le maltose et le saccharose est beaucoup plus énergique que celle de toute autre partie de l'intestin (3). Ce sont donc principalement les organes lymphoïdes et les leucocytes qui interviennent dans la sécrétion des ferments du suc entérique. Or le suc paralytique renferme, d'après MOREAU, les globules blancs en quantité variable, et la présence de ces éléments est habituelle dans les transsudats : il

(1) PORTIER. — *Soc. de Biol.* 1898. p. 387.

(2) DELEZENNE. — *Ibid.* 1902, p. 281.

(3) BROWN et HÉRON. — *Proceed. of the Roy. Soc.* 1879-80, t. 30, p. 402.

est donc permis de soutenir que le suc paralytique, malgré ses propriétés digestives, n'est autre chose qu'un transsudat. C'est peut-être aussi la richesse à peu près égale du liquide en leucocytes qui explique pourquoi l'activité du suc paralytique de l'iléon, ne le cède guère à celle du suc fourni par le jéjunum, alors qu'entre les sucs normaux provenant de ces deux régions on trouve une différence très accusée.

II. — Sur l'innocuité des injections sous-cutanées de suc pancréatique naturel.

Les injections veineuses de suc pancréatique paraissent inoffensives. CL. BERNARD a injecté dans la veine d'un lapin 2 gr. de suc pancréatique d'un chien et n'a rien observé d'anormal, si ce n'est que l'urine du lapin coagulait par la chaleur (1). Dans l'ouvrage de A. GAUTIER, « Toxines microbiennes et animales », on lit que si on injecte à un lapin, par la veine auriculaire, tout le suc extrait de trois pancréas de cobaye, l'animal ne s'en ressent nullement. Il s'agit probablement dans ce dernier cas de macérations pancréatiques.

Sur les injections sous-cutanées de suc pancréatique naturel, je n'ai pas trouvé d'indications précises. C'est, il est vrai, une notion courante que les ferments du suc pancréatique injectés sous la peau produisent des désordres locaux souvent fort étendus (2). Mais il semble que les expérimentateurs aient en général opéré, non avec du suc naturel, mais avec des solutions de trypsine ou de pancréatine. Toujours est-il que A. GAUTIER mentionne la nécrose comme une conséquence de l'introduction de la trypsine sous la peau. Dans un travail récent, ACHALME appelle l'attention sur la lésion « très caractéristique et très constante » que provoque la pancréatine en injections sous-cutanées. Cet auteur ajoute que d'autres observateurs et particulièrement SCHEPILEWSKI insistent au contraire sur les suppurations consécutives à ces injections, ce qui s'expliquerait par l'usage de liqueurs diastasiques insuffisamment privées de bactéries. ACHALME décrit en détail les phénomènes locaux consécutifs aux injections d'une solution de pancréatine, et la marche du processus qui, chez le cobaye, aboutit en quinze à vingt heures à la formation d'une escarre parfaitement caractérisée (3).

(1) CL. BERNARD. — *Leçons sur les liquides de l'organisme*, t. II, p. 386.

(2) PAVLOV. — Arch. de Pflüger, t. XVI, p. 130.

(3) ACHALME. — *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1901, t. XV, p. 737. Voir aussi CHARRIN, *Journ. de Physiol.* 1900, p. 285.

J'ai pensé qu'il y avait quelque intérêt à publier l'observation suivante dans laquelle des injections de suc pancréatique naturel sous la peau n'ont rien produit de pareil.

Le 30 novembre 1901, puis le 7 janvier 1902, on a injecté à une chienne de 9 kilogr., dans le péritoine, une première fois 2 c.c., une seconde fois, 2,7 c.c. de suc pancréatique (Je ne m'arrête pas sur le but que l'on se proposait).

Le 9 janvier on injecte sous la peau de la face externe de la jambe 1,8 c.c. de suc. Le 11 on note autour du point d'injection un peu de rougeur qui a entièrement disparu le 13.

Les injections suivantes ont toutes été faites sous la peau de l'abdomen, dans la région sous-ombilicale, tantôt à droite tantôt à gauche. Le 14 janvier on injecte 3 c.c. de suc ; le 17, 2,8 c.c.; le 27, 1 c.c. ; le 28, 2,5 c.c. A la suite de ces injections on n'avait pas observé la moindre lésion locale. Le suc employé était recueilli entre 4 et 6 h. chez des chiens qui avaient fait un repas de pain dans la matinée et il était introduit immédiatement sous la peau de l'animal en expérience.

Le 8 février, le suc est fourni par un chien nourri à la viande depuis 4 jours et qui avait reçu 100 gr. de viande à midi : on en recueille dans l'après-midi d'abord 0,4 c.c. sécrétés spontanément, puis 2,2 c.c. sécrétés sous l'influence d'une injection veineuse de pilocarpine. On injecte ceux-là à droite, ceux-ci à gauche, un peu au dessus du pubis. Je ne revois l'animal que le 12 février : du côté gauche, il existe un gonflement dur et indolore, une sorte de plaque allongée, sans changement de coloration de la peau, et à droite une nodosité du même genre, grosse comme une noisette. Mais les jours suivants, cette induration disparaît peu à peu, sans que la peau ait subi la moindre altération.

Le 5 mars on refait une dernière injection, toujours sous la peau de l'abdomen, de 2 c.c. de suc provenant d'un chien nourri au pain, et la peau ne présente rien de particulier les jours qui suivent. La chienne, pendant ce temps, a toujours paru en bon état de santé et n'a pas maigri sensiblenent. Elle a été utilisée le 12 avril pour une autre expérience.

Cette observation ne serait ni complète, ni significative si je n'ajoutais que pour ces injections je n'ai employé constamment (sauf l'exception signalée plus haut), que du suc sécrété sous l'influence de la pilocarpine, c'est-à-dire un suc qui est doué, en règle générale, d'un pouvoir protéolytique énergique ; pour qu'il s'en montre à peu près dépourvu, il faut qu'il ait été fourni par une sécrétion très profuse, ce qui n'était pas le cas dans les expériences précédentes. On n'a pas mis à l'essai le pouvoir digestif, des divers échantillons de suc utilisés pour les injections parce qu'on tenait à en injecter chaque fois la plus grande quantité possible ; mais comme je l'ai dit, l'activité tryptique fait si rarement défaut au suc de pilocarpine que cette précaution pouvait être négligée.

Et cependant ce suc, introduit sous la peau, a toujours respecté les tissus avec lesquels il était mis en contact. Le seul accident ou plutôt le seul incident que l'on ait eu à noter, c'est cette sorte d'œdème dur qui a suivi l'injection d'un suc provenant d'un animal nourri à la viande et qui a d'ailleurs disparu sans laisser de traces. On pourrait croire que ce jour-là le suc était plus actif, à cause du mode d'alimentation; je ne le pense pas ; c'est plutôt une simple coïncidence : peut-être les instruments étaient-ils moins propres que d'habitude ; car j'ai toujours trouvé le suc de pilocarpine des animaux nourris au pain ou même à jeun depuis plusieurs jours aussi actif que celui des animaux nourris à la viande.

Pourquoi ce suc n'exerce-t-il pas son action tryptique sur la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ? Est-ce parce qu'il est absorbé trop rapidement pour avoir le temps d'agir ? Mais les solutions de trypsine ou de pancréatine doivent l'être tout aussi rapidement. Est-ce une question de dose, et la proportion de trypsine est-elle plus forte dans ces solutions que dans la quantité de suc naturel que j'ai employée ? Mais je dois faire remarquer qu'Achalme, par exemple, n'injectait que 3 ou 4 c.c. d'une solution de pancréatine à 5 °/₀, que cette pancréatine n'est autre chose que du pancréas traité par l'alcool et l'éther, puis réduit en poudre et tamisé et qu'elle renferme par conséquent une forte proportion de substances inactives. Quoi qu'il en soit, j'ai tenu à signaler ce fait pour montrer qu'une injection sous-cutanée de suc pancréatique *actif* peut ne pas avoir les mêmes effets que l'injection d'une solution de ferments pancréatiques. Je n'ai d'ailleurs que cette seule observation et je n'ai pas encore pu poursuivre ces expériences.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 10 Octobre 1902

Présidence de M. Combemale

Récidive de cancer du sein

M. **Lambret** montre un cancer du sein récidivé, enlevé chez une femme de 50 ans. La malade, opérée une première fois il y a deux ans, s'aperçut il y a quatre mois d'une nouvelle petite tumeur. Elle se fit faire en ce point des injections de Colley (toxines de streptocoque et de

bacillus prodigiosus) lesquelles amenèrent un abcès évoluant comme un anthrax et qui dura un mois. Le même opérateur fit alors une injection directement dans la tumeur : celle-ci se mit à proliférer énormément en quinze jours.

La masse étant relativement mobile, M. LAMBRET fit une longue incision avec section des pectoraux et libération des vaisseaux de l'aisselle. La masse enlevée est composée d'un unique ganglion hypertrophié et encapsulé. A la périphérie, le tissu néoplasique est mou et nécrosé. La tumeur a subi une très vive irritation.

M. **Le Fort** rappelle que les fameuses injections de COLLEY ne comptent pas une guérison à leur actif.

Ablation du col utérin

M. **Le Fort** montre un col utérin enlevé pour métrite du col avec ectropion par un procédé spécial au présentateur ; c'est un Schrœder pratiqué par un procédé circulaire.

Tétanos chronique d'une durée d'un mois. Injections de sérum antitétanique. Guérison.

M. **Ingelrans** lit un mémoire sous ce titre (*sera publié*).

M. **Charmeil** demande pourquoi M. INGELRANS n'a pas eu recours à l'isolement et au chloral concomitamment avec les injections de sérum ; car on ne sait jamais si un tétanos chronique ne prendra pas tout à coup une allure aiguë.

M. **Ingelrans** répond que l'état du malade permettait de se dispenser du chloral et qu'ainsi, on peut mieux juger de l'action du sérum, seul à intervenir. A la première alerte, il aurait d'ailleurs été tout disposé à employer le traitement médicamenteux ordinaire.

Aortite chronique. Rupture spontanée dans le péricarde

MM. **Ingelrans** et **Bouret**, externe, présentent des pièces anatomiques recueillies à l'autopsie d'une malade morte dans le service de M. COMBEMALE. Il s'agissait d'une femme de soixante-neuf ans, qui était venue se faire soigner pour des douleurs intra-thoraciques et une dyspnée progressive. Sa mère était morte, à cinquante ans, de cardiopathie ; un frère était également mort d'une maladie de cœur à trente ans. Elle-même déclarait n'être souffrante que depuis quatre mois : la dyspnée surtout la gênait et elle ne pouvait faire un pas sans être essoufflée.

Pendant son séjour à l'hôpital, il s'établit du cornage, de la toux coqueluchoïde, puis la voix devint bitonale et la corde vocale droite se paralysa. Aucun trouble de la déglutition, ni de la digestion. Il existe une sensation de barre derrière le sternum : on constate une légère circulation collatérale qui commence à se dessiner ainsi que du gonflement des jugulaires. Le cœur bat rapidement, aux environs de 112 par minute, sans souffle; la pointe n'est pas abaissée. En avant, on ne constate nul accroissement de la matité, mais dans le dos existe une zone mate inter-scapulaire très étendue. La respiration s'entend mal dans toute l'étendue du poumon droit ; pas de retard appréciable d'un pouls radial sur l'autre. Vers la fin de sa vie, la malade éprouve une sensation de tiraillement au passage du bol alimentaire, puis la dyspnée augmente progressivement et un soir la mort subite survient.

L'autopsie a montré une cavité péricardique contenant 500 gr. de sang coagulé, enveloppant le cœur, provenant d'une rupture de l'aorte au niveau où la séreuse se réfléchit sur elle. Cette perforation a la grandeur d'une pièce de vingt centimes et s'est faite par usure d'une plaque athéromateuse. L'aorte est le siège d'une inflammation chronique des plus considérables. La portion ascendante, la crosse et une partie de l'aorte thoracique sont énormément dilatées et allongées : leur diamètre est au moins le triple de celui du vaisseau normal. La surface interne est rugueuse, inégale, avec des plaques calcaires, des pustules et foyers athéromateux. Ces lésions ne débutent pas dès l'origine du vaisseau et les sigmoïdes sont intactes : l'altération est maximum au niveau de la partie supérieure de l'aorte descendante où se trouvent des caillots fibrineux stratifiés récents, oblitérant presque la lumière du vaisseau. Cette formation de caillots a dû augmenter très fortement la pression dans l'aorte ascendante, d'où la rupture.

Quoique l'aortite soit la cause la plus fréquente de la rupture spontanée de l'aorte (indépendamment des ruptures d'anévrysmes), il n'en a guère été publié qu'une cinquantaine de cas (BUREAU, GARDETTE).

Malgré la grosse lésion de l'aorte, le cœur n'était point hypertrophié, au contraire, il était plutôt petit et présentait une stéatose considérable. Cette absence d'hypertrophie et cette dégénérescence graisseuse devaient tenir au rétrécissement des coronaires par artério-sclérose. En effet, l'aortite était ici liée à l'artério-sclérose généralisée. La rate était petite et dure, pesant 80 gr. ; le rein gauche ne pesait également que 80 gr. On pourrait trouver dans ce cas la cause de l'athérome dans l'aortisme héréditaire de HUCHARD, des lésions cardiaques ayant existé chez la mère et le frère de la malade.

L'allongement de l'aorte était tel qu'il avait entraîné une coudure du vaisseau au-dessus du diaphragme et, par contre-coup, de l'œsophage repoussé au dehors par l'artère. La voix bitonale tenait à la compression du récurrent entre l'aorte et la grosse bronche.

Expulsion d'un œuf entier au quatrième mois de la grossesse

M. **Lequette** présente, avec M. **Le Fort**, un œuf entier de quatre mois à rapprocher des pièces semblables récemment présentées à la Société.

Utérus fibromateux et hémorrhagie de l'ovaire

M. **Oui** présente des pièces provenant d'une femme opérée le 27 juillet dernier.

Femme de 38 ans, se plaignant de ressentir de violentes douleurs abdominales depuis un an et demi environ. Les douleurs coïncidaient avec les périodes menstruelles.

L'examen fit constater un utérus gros, fibromateux en masse. Col utérin haut situé avec une très grosse lèvre antérieure qui paraissait contenir un fibrome.

Laparotomie. On trouve alors un ovaire transformé en une poche sanguine grosse comme un bel œuf et qui est enlevé immédiatement. L'hystérectomie totale est faite ensuite. Drainage vaginal, guérison sans incident.

L'utérus présente une hypertrophie considérable de ses parois dans lesquelles sont disséminés de tout petits noyaux fibreux. Sa cavité contient trois fibromes sous-muqueux dont le volume varie de celui d'une cerise à celui d'un œuf de pigeon.

Fibromes uterins multiples. Hystérectomie abdominale supra-vaginale

M. **Oui** présente un utérus fibromateux qu'il a enlevé par la voie abdominale le 25 août dernier.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, chez laquelle, dix ans auparavant, son médecin avait constaté un fibrome utérin. En l'absence de tout trouble fonctionnel et du petit volume de la tumeur, le conseil lui avait été donné d'attendre.

A deux reprises, il y a cinq ans et au mois de janvier dernier, la malade avait présenté un œdème considérable des membres inférieurs qui l'avait forcée à garder le lit et son médecin avait alors constaté une albuminurie abondante.

Le fibrome ou plutôt les fibromes avaient, entre temps, considérablement augmenté de volume. Une grosse tumeur remplissait l'excavation pelvienne et l'utérus fibromateux remontait jusqu'à l'ombilic.

L'albuminurie fut constatée de nouveau; mais l'albumine ne fut pas dosée.

Hystérectomie abdominale supra-vaginale sans incident, avec l'aide de M. le docteur Le Fort.

Suites normales. Le 21e jour après l'opération, il ne reste plus dans l'urine que quelques traces d'albumine non dosables.

L'épidémie de variole à Lille

M. **Combemale** dit que six mois se sont écoulés depuis que M. Ingelrans a rapporté à la Société le premier cas de variole observé à la Charité au cours de l'épidémie actuelle,

Celle-ci augmente régulièrement depuis son début : en avril, il y avait cinq malades présents aux Pavillons d'isolement, actuellement on en compte à certains jours cinquante-huit !

Au 30 septembre, il y avait eu en tout 489 entrées : aujourd'hui elles doivent avoisiner 500. Voici le relevé des entrées par mois :

Avril, 44 ; mai, 75 ; juin, 58 ; juillet, 87 ;
août, 107 ; septembre, 118.

325 malades sont sortis, 113 sont morts, soit une mortalité de 23 pour cent. Il est entré 138 enfants au-dessous de quinze ans ; 66 sont morts, c'est-à-dire la moitié. — 47 adultes sont morts, ce qui revient à dire qu'un adulte est décédé sur sept environ.

Cette épidémie, à la manière dont elle va, ne paraît pas près de s'éteindre, tout au contraire.

M. **Oui** ajoute qu'à Lille, on a compté environ 300 décès jusqu'à ce jour, pour environ 1.300 cas déclarés. La semaine qui vient de s'écouler a fourni 95 nouveaux cas avec plus de 30 décès. Ce n'est cependant pas faute d'inviter le public à se faire vacciner. On offre de vacciner à domicile. Tout cela est peine perdue et l'on se heurte à une mauvaise volonté obstinée.

M. **Ausset** demande qu'on fasse dans la statistique précédente une subdivision entre enfants de moins d'un an et enfants de un à quinze ans, pour se rendre compte de l'influence de la vaccination sur leur mortalité.

M. **Ingelrans** répond qu'une telle statistique serait tout à fait inutile à cet égard, car, à l'hôpital les enfants de sept et dix ans qu'on amène avec la variole n'ont pas plus été vaccinés que ceux d'un mois. L'observation de la plupart des sujets varioleux au dessous de quinze ans porte qu'ils n'ont jamais été vaccinés.

M. **Ausset** demande si, dans les écoles, on ne fait pas d'enquête sérieuse au sujet de la vaccination.

M. **Oui** répond que, dans les écoles libres, on ne demande pas de certificat de vaccine. Dans les écoles de l'Etat, il suffit que l'enfant présente un certificat signé d'une sage femme et l'instituteur n'a rien de plus à demander. Si on parle de revacciner dans les écoles, on se heurte à des refus formels des parents dont certains écrivent à l'instituteur pour défendre qu'on vaccine leurs enfants.

M. **Bertin** demande pourquoi on ne revaccine pas en masse dans les écoles.

M. **Patoir** dit que cela s'est fait en 1892.

M. **Oui** répond que cette année également, on a fait des revaccinations, mais qu'il est difficile d'y arriver, à cause de la mauvaise volonté générale.

MOTS DE LA FIN

Le truc du médecin. — Un docteur de Londres, ayant perdu l'autre jour son griffon et désespérant de le retrouver, mit dans les journaux du matin une annonce ainsi conçue :

« Perdu, dans Mayfair street, un griffon blanc, etc. Porte les traces d'inoculation récente des bacilles du choléra, etc. »

A midi, le cabot avait regagné le domicile de son maître.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Pour être admis en considération à la distribution du **Prix Nobel de la Paix**, au mois de décembre 1903, les candidats doivent être proposés au Comité Nobel du Parlement norvégien, par une personne qualifiée, avant le 1er février 1903.

Sont qualifiés pour proposer des candidats : Les membres du Comité Nobel du Parlement norvégien ; les membres des assemblées législatives et des gouvernements des divers États ; les membres du Conseil interparlementaire ; les membres de la Commission du Bureau international permanent de la Paix ; les membres et associés de l'Institut de Droit international ; les professeurs de droit et de science politique, d'histoire et de philosophie dans les universités ; les personnes qui ont reçu le prix Nobel de la Paix.

Le prix Nobel de la Paix pourra être attribué à une institution ou à une association.

Suivant l'article 8 du statut de la Fondation Nobel, toute proposition doit être motivée et accompagnée des écrits et autres documents sur lesquels elle est fondée.

Suivant l'article 3, tout écrit, pour être admis au concours, devra avoir été publié par la voie de la presse.

Pour les renseignements ultérieurs, les personnes qualifiées sont priées de s'adresser au Comité Nobel du Parlement norvégien, Victoria Terrasse 4 III, Kristiania.

— La Compagnie des Messageries Maritimes a consenti, en faveur des délégués au **Congrès Médical Egyptien** du Caire, une réduction de 30 0/0 sur les prix des passages qu'ils prendront à bord de ses paquebots, de Marseille à Alexandrie et vice-versà.

— Nous sommes informés que la « *Rénovation sociale par le Travail* prendra désormais le titre de « *la Rénovation sociale par la Science et le Travail* » et qu'elle vient de constituer son bureau de la façon suivante :

Président : M. SULLY-PRUD'HOMME ; *Vice-Président* : M. Edmond PERRIER ; *Membres* : MM. D. D'ARSONVAL, Jules MASSENET, Henri DE PARVILLE, le docteur ROUX ; *Trésorier* : M. Th. A. STEINLEN ; *Secrétaire* : M. ***

Voici, d'autre part, les nouveaux considérants qu'elle ajoute à son ancienne profession de foi dénonçant l'influence pernicieuse de l'argent sur les mœurs et la nécessité de réagir contre cette influence par la glorification du travail.

C'est surtout de la science qu'elle déclare, cette fois, attendre l'avènement de cette rénovation.

. . . .

Considérant que par la science seule on atteint la vérité ;

Que la science est impartiale et infaillible et ne saurait trahir ou tromper ;

Qu'à elle seule il appartient de réunir les hommes dans un sentiment commun de confraternité universelle ;

Qu'en réédifiant la société sur de nouvelles bases, cette fois rationnelles, non seulement elle abolira l'oppression des faibles par les forts, mais la rendra à jamais impossible ;

Qu'il n'est progrès, délivrance, affranchissement réels ; qu'il n'est même révolution indubitablement accomplie que par son concours ;

Considérant que les GUTENBERG, les DENIS-PAPIN, les LAVOISIER, les FULTON, les AMPÈRE, ainsi que les créateurs des premières voies ferrées ont fait œuvre plus efficace pour le rapprochement des peuples et leur entente que les propagandistes philosophes, révolutionnaires, religieux ;

Considérant en outre que, si l'imprimerie a été un facteur d'affranchissement pour la bourgeoisie, le machinisme en sera un à son tour pour le prolétariat, qu'il affranchira prochainement ;

Pour ces raisons, le Comité de « *la Rénovation sociale par la Science et le Travail* » déclare revendiquer la science comme le seul moyen pour empêcher la réédition des iniquités du passé et pour conduire l'humanité vers son affranchissement définitif qu'exprimeront pour le moins cette suite de triomphes :

Suppression de la misère ;

Connaissance des secrets de la matière ;

Maîtrise de l'intelligence sur les éléments.

C'est tout autant pour affirmer ces principes qu'en témoignage de reconnaissance envers tous les hommes de génie qui déjà ont frayé si largement les voies du progrès que le comité a décidé d'inaugurer la nouvelle série de ses conférences par la solennité qu'il organise pour l'automne.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Par suite de la démission de M. le docteur PHOCAS, le poste de chirurgien en chef du **Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer,** près Dunkerque, est récemment devenu vacant. Le Conseil d'administration du sanatorium, présidé par M. VANCAUWENBERGHE, le philanthrope éclairé que bénit toute la population pauvre de la région du Nord, a pourvu au remplacement de M. PHOCAS, et, en raison de l'importance que prendra ce sanatorium, lorsque dans quelques mois il sera transporté à Zuydcoote, a résolu de nommer deux chirurgiens en chef et un chirurgien en chef spécialisé dans les maladies du nez, de la gorge et de l'oreille. Nous avons plaisir à annoncer à nos lecteurs que le Conseil d'administration a désigné MM. les docteurs LAMBRET, professeur agrégé à la Faculté, et LE FORT, chef de clinique chirurgicale, pour les postes de chirurgiens en chef, et M. le docteur GAUDIER, professeur agrégé à la Faculté, pour le poste de chirurgien en chef spécialisé.

Le choix du Conseil d'administration est heureux ; chacun y applaudira, et l'*Echo Médical du Nord* se sent honoré de voir appelés, à ces postes enviés, de ses collaborateurs les plus qualifiés.

— La **Commission administrative des Hospices de Lille** a reçu hier le don d'une somme de 26.000 francs fait par Me DELEDICQUE, notaire, et Mme FAUCHEUR, sa sœur, de Lille, aux fins de la création et l'entretien, à l'asile d'incurables en construction à Saint-André-lez-Lille, de deux lits pour malades incurables âgés de plus de 21 ans.

UNIVERSITÉ DE PARIS

Ecole pratique des hautes études. — M. le docteur GUILLEMONAT, préparateur du laboratoire de médecine expérimentale dirigé par M. CHARRIN (Collège de France), est nommé maître de conférences audit laboratoire.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Limoges. — M. le docteur GARRAUD, suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1902-1903, d'un cours de physique.

— M. le docteur CHÉNIEUX, professeur de clinique chirurgicale, est nommé directeur de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Montpellier. — M. le professeur MASSOL est nommé, pour trois ans, directeur de l'Ecole de pharmacie de Montpellier.

Nancy. — M. le docteur GUÉRIN, agrégé, directeur du laboratoire des cliniques, est nommé professeur de toxicologie et analyse chimique.

— M. BRÜNTZ est nommé chef des travaux de micrographie et chargé, en outre, d'un cours complémentaire d'histoire naturelle pour 1902-1903.

Tours. — M. le docteur BARNSBY, professeur d'histoire naturelle, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

Chambéry. — M. le docteur GUILLAUD, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de Bordeaux, est nommé recteur de l'académie de Chambéry.

Rennes. — M. le docteur ASSICOT est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Notre Carnet

Le docteur BOURNOVILLE, de Fives-Lille, nous fait part de la naissance de son fils PIERRE. Nous adressons à notre distingué confrère, avec nos compliments, nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

— Le docteur Emile COUVREUR, de Seclin, nous fait part de la naissance de sa fille SUZANNE. Que notre excellent confrère reçoive nos meilleurs vœux pour la mère et l'enfant.

— Le mardi 14 octobre a été célébré, à Harnes, le mariage du docteur Emile DEHAY, de Croisilles (Pas-de-Calais), avec Mademoiselle Justine DELATTRE. Nous prions notre jeune confrère d'agréer nos meilleurs compliments et souhaits de bonheur.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs STRAPART, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Reims (Marne) ; BOUDARD, ancien médecin de la marine ; Adrien MONOD, de Paris, décédé à Yokohama (Japon) ; CHAPPOT DE LA CHAVONIE, de la Vendée ; LECOMTE, médecin de la marine en retraite ; ROUX, de Chinon (Indre et-Loir) ; SABAROS, de Courville (Eure-et-Loire) ; LAROYENNE, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Lyon (Rhône) ; GIRCOURT, de Neuville-aux-Bois (Loiret) ; POMEL, de Joué-les-Tours (Indre-et-Loire).

MESSANT, préparateur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; LEROY, interne à Châtel-Picon, près Bordeaux.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

40e ET 41e SEMAINES, DU 28 SEPTEMBRE AU 11 OCTOBRE 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	13	14
3 mois à un an	15	11
1 an à 2 ans	9	4
2 à 5 ans	12	16
5 à 10 ans	8	7
10 à 20 ans	3	5
20 à 40 ans	19	24
40 à 60 ans	16	14
60 à 80 ans	17	12
80 ans et au-dessus	5	5
Total	117	112

Répartition des décès par quartier	CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	de 2 à 5 ans	plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	3	»	»	»	»	»	»	2	»	1	5	»	»	3	»	»	»	»	»	6	20	13
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	2	1	»	»	»	»	»	1	»	1	2	»	»	5	»	»	»	»	»	9	21	22
Moulins, 24,947 hab.	3	»	»	»	1	»	1	3	»	1	11	»	»	2	»	1	»	»	»	7	30	35
Wazemmes, 36,782 hab.	34	»	»	1	»	»	»	3	3	1	3	»	»	7	»	»	»	»	»	2	54	41
Vauban, 20,381 hab.	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	2	»	»	4	12	12
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	7	»	»	»	»	1	»	2	3	»	1	»	»	4	»	2	1	1	»	6	28	16
Esquermes, 11,381 hab.	5	»	»	»	»	»	»	2	1	1	»	»	»	3	»	»	»	»	»	6	18	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	6	9	13
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	1	1	1	»	1	»	»	6	1	1	1	»	»	8	22	28
Canteleu, 2,836 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	3	4
Sud, 5,908 hab.	7	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	3	12	8
Total	66	1	»	1	1	2	2	14	8	6	25	»	»	36	1	4	4	1	»	57	229	200

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 302. Sixième Année. N° 43. Le Numéro : **10** centimes. 26 Octobre 1902

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos de l'épidémie de variole

Lille, 23 octobre 1902

MON CHER RÉDACTEUR EN CHEF,

Depuis quelques jours, j'étais frappé du petit nombre des malades qui se présentaient à mes consultations externes de Saint-Sauveur. Le jeudi, jour de consultation gynécologique, j'ai en moyenne une douzaine de femmes à examiner. Ce matin, il en est venu deux.

Je me suis informé. Il en est ainsi depuis le 15 octobre à toutes les consultations. La cause de cette désertion c'est que, quand les malades se présentent, on leur demande un certificat de vaccination récente, à défaut duquel on les invite à passer dans une salle où on les revaccinera. La plupart refusent et s'en vont.

Notre clientèle hospitalière est rebelle à la revaccination; c'est un fait. Cette mauvaise volonté tient essentiellement aux idées fausses et à l'ignorance de ces pauvres gens. Et cette ignorance n'a rien d'étonnant quand on entend non seulement des illettrés, mais des gens instruits, — voire pourvus de hauts diplômes, — émettre en cette matière des contre-vérités stupéfiantes.

Le remède à cela ? Je n'en vois pas d'autre que la publicité intensive donnée à la vérité; sans s'arrêter à la crainte puérile d'« alarmer la population », comme dit le vieux cliché, nous avons fondé la *Réclame Antialcoolique*. Quoique un trop petit nombre de nos concitoyens nous aient compris et aidé, malgré l'extrême modicité de nos ressources qui a limité notre action, nous avons obtenu quelques résultats, (qu'on le demande aux marchands d'apéritifs), et nous avons été imités dans beaucoup de villes. Eh bien, je voudrais qu'on fît momentanément à Lille, de la *Réclame antivariolique*.

Que l'on imprime à quelques milliers d'exemplaires et que l'on placarde à profusion dans les rues, dans les ateliers, dans les bureaux des administrations, dans les gares, dans les kiosques de tramways, sur et dans les urinoirs, etc. etc., des affiches de couleur voyante, que l'on renouvellerait selon l'usure et la lacération et qui, en une typographie nette et frappante, feraient lire à tout venant huit ou dix phrases courtes, claires, de style familier. Celles-ci, par exemple, ou telles autres analogues, car je ne tiens pas à mon texte personnel :

AVIS A TOUT LE MONDE

La *variole* communément appelée *petite vérole* ou *poquettes*, sévit épidémiquement à Lille depuis six mois et *fait beaucoup de victimes.*

***

Le moyen *certain* et *unique* d'éviter la petite vérole c'est pour les enfants de les vacciner dès leur naissance; pour les grandes personnes, de se faire revacciner.

***

Une preuve évidente de l'efficacité de la vaccine, c'est le grand nombre d'enfants non vaccinés qui succombent à la variole ; et aussi cet autre fait que, dans notre épidémie comme dans toutes les autres, il meurt un tiers en plus de femmes que d'hommes, les hommes ayant été revaccinés au régiment.

***

Contrairement à un préjugé trop répandu, il n'est nullement dangereux de se faire revacciner pendant une épidémie. Si par hasard on se fait revacciner couvant déjà la variole, on aura la maladie tout de même ; mais elle aura des chances d'être moins dangereuse.

***

Le vaccin animal, provenant de veaux reconnus indemnes de tuberculose, garantit absolument contre la transmission par la vaccine de la tuberculose et de la syphilis.

***

Comme l'immunité que confère la vaccination *réussie* dure d'ordinaire au moins six ou sept ans, il n'est pas nécessaire de revacciner les enfants au-dessous de cet âge, ni les adultes qui ont été revaccinés *avec succès* depuis moins de six ans. Cependant en temps d'épidémie il est bon de ne pas attendre aussi longtemps.

***

Mais il faut surtout ne pas croire que, si l'on a été revacciné *sans succès* on a pour six ans de sécurité. En temps d'épidémie, si le vaccin n'a pas pris, il est prudent de se *faire revacciner tous les trois ou quatre mois jusqu'à ce que cela prenne.*

***

Si *tout le monde* se prêtait de bonne volonté à ces mesures, toute épidémie de variole serait éteinte en quelques semaines.

***

On peut se faire revacciner gratuitement, en tels lieux, tels jours, à telles heures...

Voilà mon projet d'affiche.

S'il y a des difficultés administratives ou incertitude de savoir laquelle des administrations municipale, hospitalière, préfectorale, prendra l'initiative de cette publicité, eh bien, ma foi, faisons la chose par souscription publique ; mais allons vite.

Ce n'est que si ce moyen échoue que nous aurons le droit, administrations et médecins, de nous laver les mains de ce qui arrivera et de dire à nos compatriotes : Vous voulez avoir la variole ; ayez-la.

Recevez, mon cher Combemale, l'assurance de mes très cordiales sympathies.

Dr H. Folet,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Sauveur.

Rapport sur la désinfection par le procédé Clayton à bord des navires

Par MM. les Drs **A. Calmette**, Directeur de l'Institut Pasteur de Lille, Membre correspondant de l'Académie de médecine,
Hautefeuille, Préparateur à l'Institut Pasteur de Lille

Le 27 septembre 1902, nous avons entrepris à bord du vapeur « *René* », appartenant à M. Noël Dubuisson et arrivé depuis douze jours d'Oran, avec un chargement d'orge, des expériences en vue de déterminer l'action désinfectante du gaz « *Clayton* » sur les linges et objets contaminés artificiellement par les microbes pathogènes de la fièvre typhoïde, du choléra et de la peste.

Ces microbes ont été choisis parce qu'ils sont les plus intéressants, au point de vue de la prophylaxie sanitaire maritime.

Nos expériences ont été effectuées avec la collaboration de M. le docteur Duriau, directeur de la santé du port de Dunkerque, qui s'est chargé d'étudier plus spécialement et en même temps que M. David, chimiste en chef du ministère des finances, les résultats obtenus en ce qui concerne la destruction des rats et les effets du gaz sulfureux sec sur les diverses marchandises.

Le navire choisi est un bâtiment tout en fer de 1200 tonnes, divisé en deux compartiments. Le compartiment d'arrière, entièrement chargé de marchandises, communiquait par un panneau ouvert avec le salon et les cabines situées sous la dunette. Ce compartiment d'arrière seul a été mis à notre disposition, l'équipage étant occupé à décharger la cale avant.

L'appareil Clayton était placé sur un chaland, le long du bord.

Nous avions préparé à l'Institút Pasteur de Lille des cultures récentes de fièvre typhoïde, de choléra et de peste, qui nous ont servi à imprégner de petites bandes de flanelles. Ces bandes de tissus artificiellement infectées ont été introduites, les unes à l'état sec, les autres à l'état humide, dans des tubes de verre cylindriques, de 30 millimètres de diamètre, préalablement stérilisés, ouverts à leurs deux extrémités et bouchés avec du coton.

D'autres bandes infectées avec les mêmes microbes, les unes sèches, les autres humides, ont été enveloppés dans un double papier buvard stérile, puis dans un carré de flanelle, également stérilisé, et enfin dans un double papier écolier gommé, formant ainsi des Sachets séparés pour chaque espèce de microbes.

Pour chaque série, nous avons réservé un témoin sec et humide. Les témoins, pendant toute la durée de l'opération, sont restés sur le pont du navire, hors de l'atteinte des vapeurs sulfureuses.

Nous avons effectué deux opérations successives, l'une dans la cale arrière communiquant avec le salon de la dunette, l'autre dans une cabine isolée à babord, servant de logement au maître-coq.

Première opération : cale arrière. — Nous avons disposé à fond de cale, dans la partie la plus basse du navire, une série de tubes et de sachets renfermant les uns des cultures sèches, les autres des cultures humides de fièvre typhoïde, choléra et peste ; une série semblable de tubes et de sachets a été placé à la partie supérieure du faux pont, à tribord, immédiatement à côté du panneau ouvert sur la cale.

Les panneaux du pont ayant été ensuite fermés, on a introduit dans la cale les deux tuyaux d'aspiration communiquant avec l'appareil Clayton.

L'appareil a été mis en marche à 10 heures 55 du matin, le ventilateur aspirant et refoulant vingt-cinq mètres cubes de gaz environ à la minute. Les titrages de concentration du gaz ont été effectués environ tous les quarts d'heure sur la conduite de refoulement, immédiatement à la sortie du réservoir de combustion du soufre.

A 11 heures 55, une heure après la mise en marche, le titrage donnait une concentration de :

	7 %	d'acide sulfureux
à 12 heures 10	8 %	d'acide sulfureux
à 12 — 30	10 %	»
à 12 — 40	11 %	»
à 12 — 55	14,5 %	»
à 1 —	15 %	»

A ce moment, nous faisons à l'aide d'un tube de caoutchouc et d'une petite pompe aspirante et foulante en verre, une prise de gaz à la partie la plus élevée du faux pont, tout près du panneau supérieur. Le titrage nous donne seulement 5 %.

Le refoulement du gaz est arrêté à une heure 10, soit 2 heures 15 minutes après le début de l'opération. Deux heures plus tard, à 3 heures 10, on ouvre les panneaux. On aperçoit aussitôt sur le faux pont une vingtaine de rats tués.

A 5 heures, l'aération est suffisante pour permettre de descendre dans la cale et de retirer les cultures. Celles-ci sont soigneusement emballées pour être rapportées le soir même à Lille.

Deuxième opération : cabine de pont. — La cabine sur laquelle nous avons expérimenté cubait sept mètres et renfermait deux couchettes garnies de matelas et de couvertures. Nous avons disposé une série de tubes et de sachets sur la couchette supérieure. Ces derniers ont été recouverts d'une couverture de laine brune, pliée en double, et d'un oreiller en balle d'avoine de dix centimètres d'épaisseur environ.

Une petite fenêtre donnant sur le pont nous a servi à introduire l'extrémité du tuyau de caoutchouc servant au refoulement du gaz par l'appareil Clayton. Par la même ouverture, nous avons fait pénétrer deux autres tubes de caoutchouc plus petits qui devaient nous permettre de prélever des échantillons de l'air de la cabine au niveau de chaque couchette, pour vérifier aussi exactement que possible la concentration du gaz sulfureux au voisinage de nos cultures.

L'espace étant très limité, nous n'avons pas fait d'aspiration : nous nous sommes contentés de refouler du gaz dans la cabine.

L'appareil a été mis en marche à 1 heure 33.

A 1 heure 40, le titrage sur le tuyau de refoulement donnait une concentration de 5 %.

Après une demi-heure, à 1 heure 58, la concentration était de 10 %.

A ce moment un prélèvement de l'air à l'intérieur de la cabine nous a donné 8 % au niveau des deux

couchettes. Nous arrêtons l'appareil et nous laissons en contact pendant deux heures.

A 4 heures 10, nous faisons une nouvelle prise de gaz dans la cabine. Nous trouvons 1,5 °/₀ au niveau de la couchette inférieure et 2,5 °/₀ au niveau de la couchette supérieure. La diffusion de l'acide sulfureux au dehors s'était donc très rapidement effectuée : du reste, nous n'avions pris aucune précaution spéciale pour assurer l'herméticité des fermetures et il existait sous la couchette inférieure un trou de 10 centimètres de diamètre environ qui servait à l'évacuation des eaux de lavage sur le pont et que nous n'avions pas bouché.

Nous ouvrons la cabine à 4 heures 15 ; nous pouvons y pénétrer presque aussitôt et enlever nos tubes et sachets.

Résultats. — Le lendemain matin 28 septembre, nous procédons à l'Institut Pasteur de Lille à l'ensemencement de chacune de nos bandes de flanelle dans des tubes de bouillon de viande et d'eau peptonée. Nous ensemençons en même temps les tubes témoins avec les linges qui n'avaient pas subi l'action du bain sulfureux. Les cultures ont été portées à l'étuve à 37° et examinées après vingt-quatre heures, après trois jours et après sept jours.

En voici les resultats :

Action de l'acide sulfureux sec (gaz Clayton) sur les cultures microbiennes

		BACILLES DE LA PESTE		VIBRIONS DU CHOLÉRA		BACILLES TYPHIQUES	
		secs	humides	secs	humides	secs	humides
A. A FOND DE CALE	Tubes	0	0	0	0	0	0
	Sachets	0	0	0	0	0	0
B. FAUX PONT	Tubes	0	0	0	0	0	0
	Sachets	0	0	0	0	0	0
C. CABINE DE PONT	Tubes	0	0	0	0	0	0
	Sachets	0	0	0	0	0	0
D. TÉMOINS	Tubes	+	+	0	+	+	+

NOTA. — Le signe 0 indique que l'ensemencement est resté stérile après sept jours d'étuve ; le signe + indique que l'ensemencement a donné lieu à un développement de microbes.

En résumé, tous les tubes de bouillon et d'eau peptonée ensemencés avec les linges contaminés et traités par le gaz Clayton sont restés stériles, excepté un tube qui avait reçu le contenu d'un sachet imprégné de bacilles typhiques à l'état sec et qui avait été disposé sur le faux pont près du panneau de la cale. Il est probable que le panneau du pont supérieur situé immédiatement au-dessus étant mal fermé et l'air extérieur pouvant y pénétrer très facilement, la concentration du gaz à ce niveau n'a pas été suffisante pour assurer sa pénétration à travers les feuilles de papier gommé, la flanelle et le papier buvard qui enveloppaient le linge infecté. Cependant, à côté de ce sachet, nous avions déposé deux tubes contenant l'un une culture typhique sèche, l'autre, une culture humide, avec d'autres tubes et d'autres sachets de choléra et de peste, qui ont été parfaitement stérilisés. Dans les parties profondes de la cale, la désinfection a été absolue. Il en a été de même dans la cabine du pont où l'opération a duré beaucoup moins longtemps et où nous avions pris le soin de déposer des sachets et des tubes sous une couverture et un oreiller. Nous avons été très surpris de constater que ces tubes et ces sachets n'ont donné lieu à aucun développement ultérieur de germes.

Toutes les cultures témoins, excepté celle du choléra desséché, ont poussé abondamment, après vingt-quatre heures d'étuve. Mais on sait que le microbe du choléra à l'état sec est très peu résistant et la dessiccation seule suffit ordinairement à détruire sa vitalité.

Conclusions. — Nous devons donc conclure que l'emploi du gaz sulfureux sec produit sous pression avec l'appareil Clayton, dans les conditions où nous l'avons employé et avec des concentrations atteignant au moins 8 °/₀, est parfaitement efficace pour la désinfection des navires, lorsqu'il s'agira de rendre inoffensifs des objets souillés par des microbes de la fièvre typhoïde, du choléra ou de la peste.

Ce procédé permettant de détruire avec certitude tous les rats et les insectes tels que les puces, punaises, cafards ou cancrelats, etc., sans altérer sensiblement les marchandises même les plus délicates, telles que les cuirs et peaux, les céréales, les sucres, les viandes, les fruits et sans causer le moindre dommage aux objets métalliques, ainsi que nous avons pu nous en assurer après beaucoup d'autres expérimentateurs, nous croyons devoir conclure que son adoption s'impose à tous les navires soucieux de sauvegarder la santé de leurs passagers et de leurs équipages.

Il nous paraît nécessaire que tous les services sanitaires maritimes de France soient mis, dans le plus bref délai, en mesure de l'employer pour éviter aux navires marchands les quarantaines de longue durée qui portent le plus grave préjudice au com-

merce international et pour mettre nos ports à l'abri de l'invasion toujours redoutable et actuellement très menaçante de la peste et du choléra.

Les grandes Compagnies de navigation auraient, sans nul doute, le plus grand intérêt à faire installer un de ces appareils à bord de chacune des unités importantes de leur flotte, et les Chambres de Commerce maritimes elles-mêmes trouveraient avantage à s'en pourvoir pour la désinfection et la destruction des rats à bord des petits navires et dans les docks de marchandises

Nous ferons remarquer toutefois que, pour assurer l'efficacité réelle de ces désinfections, il serait indispensable que chaque opération soit *scientifiquement contrôlée*, ce qui n'a jamais été fait jusqu'à présent avec aucun procédé.

Et voici comment nous comprenons ce contrôle.

Si la désinfection a lieu au lazaret ou en rade, le navire étant chargé ou vide, on aura soin d'ouvrir tous les panneaux des cales et des cambuses et les portes des cabines qui peuvent être mises en communication dans un même compartiment étanche. Seules les ouvertures donnant accès sur le pont ou à l'extérieur seront bouchées.

On placera ensuite dans les parties les plus difficilement accessibles du navire, à fond de cale et dans les cambuses, par exemple, des *tests* ou *témoins* qui serviront à contrôler la pénétration et la concentration suffisantes du gaz sulfureux. Ces tests devront être de deux ordres : les uns seront constitués par des petites cages métalliques contenant un ou plusieurs rats qui devront être trouvés morts à la fin de l'opération ; les autres seront représentés par *des sachets* spécialement préparés par un laboratoire de bactériologie, et renfermant une petite bande de linge artificiellement infectée avec des cultures de peste, de choléra, de fièvre typhoïde ou avec d'autres microbes pathogènes que la désinfection aurait spécialement pour but de détruire et qu'on placera en divers endroits dans les cales et les cabines. Ces sachets entourés de plusieurs doubles de papier stérilisé, pourront être préparés d'avance, et emballés par groupes ou isolément dans de petites boîtes de fer blanc qu'il suffira d'ouvrir pendant l'opération de la désinfection. On les refermera aussitôt, on les scellera avec une bande de lacet ou une ficelle et un cachet de cire, et on les enverra immédiatement au laboratoire de bactériologie du service sanitaire.

On ne devra permettre de toucher aux marchandises et de réoccuper les locaux infectés ou suspects que lorsque, après vingt-quatre heures ou quarante-huit heures au plus, l'ensemencement des sachets dans les milieux de culture appropriés aura démontré que la désinfection aura été efficace.

Pour les navires en cours de traversée, le même contrôle ne sera pas difficile à exercer. On peut presque toujours s'y procurer quelques rats destinés à servir de témoins et, à défaut de rats, des insectes tels que des cafards ou cancrelats que l'acide sulfureux sec, à concentration suffisante, détruit parfaitement. Et quant aux sachets contenant des cultures microbiennes, rien ne serait plus simple que d'obliger les Compagnies de navigation à en emporter un certain nombre dans une boîte métallique soudée que le médecin du bord sera chargé d'ouvrir, lorsqu'on devra faire usage de son contenu. Les sachets témoins ayant servi seraient ensuite remis en boîte et sous scellés au médecin de la Santé chargé d'arraisonner le navire.

Dans les deux cas, que l'opération soit faite en rade ou à la mer, elle devrait toujours être l'objet d'un procès-verbal signé par le capitaine et par le médecin du bord, relatant les conditions dans lesquelles elle aura été effectuée, la concentration moyenne du gaz produit, et l'indication des endroits du navire où auront été placés les rats et les sachets témoins.

On conviendra avec nous que les désinfections de marchandises ou de navires telles qu'elles s'accomplissent actuellement sont la plupart du temps illusoires et qu'elles cesseraient de l'être si l'on rendait obligatoire l'emploi de la méthode de contrôle que nous proposons. La nécessité s'impose d'adopter dans le plus bref délai les mesures réellement efficaces que le Commerce maritime et les médecins sanitaires réclament et qu'ils sont en droit d'exiger.

Tétanos chronique d'une durée d'un mois. — Injections de sérum antitétanique. — Guérison.

Par le docteur **Ingelrans**.
Chef de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille

Dans la soirée du 1er août 1902, un ouvrier menuisier, âgé de 39 ans, d'une excellente santé jusque-là, entre dans un estaminet et s'aperçoit qu'il a peine à desserrer les dents pour boire la chope qu'il s'est fait servir. Surpris, il rentre chez lui, se couche et se réveille le lendemain les mâchoires immobilisées par un trismus intense : ce jour-là, il parvient à les entr'ouvrir assez pour manger un peu, mais le 3 août, il se voit réduit à une alimentation liquide. Cet état persiste jour et nuit, entraînant bientôt l'insomnie, puis l'émaciation progressive par inanition. Au

neuvième jour environ, c'est la nuque, à son tour, qui se raidit, le cou qui devient fixe, un torticolis invincible qui s'installe. Pour un peu, le patient se mettrait définitivement au lit : il a dû naturellement cesser tout travail, ne plus manger que des soupes. Il a été voir un médecin à un moment proche du début, alors que tout diagnostic était impossible. Fatigué d'une situation intolérable et persistant sans nul amendement, il arrive le 14 août à l'hôpital de la Charité de Lille, dans le service de M. le professeur COMBEMALE, que je remplaçais à cette époque, salle Sainte-Odile, lit n° 5.

C'est un homme maigre, à qui sa maladie a encore fait perdre beaucoup de son poids. Ses parents, nous dit-il, sont bien portants : il est lui-même né à Lille, a un frère et une sœur normaux, s'est marié à 28 ans et est devenu veuf après avoir eu trois enfants qui sont en bonne santé. Il travaille dans un atelier de menuiserie immédiatement voisin de l'écurie des chevaux des tramways, détail qui a son importance et que nous n'avons appris que beaucoup plus tard en l'interrogeant sur toutes les causes possibles et supposées de son affection actuelle.

Paul M... est assis sur une chaise auprès de son lit. Il nous parle les dents serrées, la tête immobile, le regard fixe. Il raconte ce qu'on vient de lire et interrompt de temps en temps ses réponses pour appuyer la tête sur sa main, faire une grimace de souffrance et indiquer qu'il ne peut plus parler davantage, à cause d'un spasme douloureux qui le prend à la gorge et cesse après quelques instants.

Le trismus est invincible : la face interne des lèvres et les gencives sont congestionnées, enflammées, par les matières alimentaires en fermentation qui séjournent dans le sillon gingivo-labial après chaque repas, ce qui s'explique aisément si nous disons que le lait ne peut pénétrer dans la cavité buccale qu'aux endroits où manquent des dents et qu'on ne saurait insérer entre les arcades dentaires pas même l'épaisseur d'une carte de visite. De là cette stomatite, causée par un trismus datant de quinze jours, bien loin qu'elle ait déterminé ce trismus, comme on aurait pu être tenté de le croire.

Les dents ne sont pas en mauvais état. En tout cas, aucune carie importante, nulle inflammation périostique notable, pas de douleurs ni de tuméfaction. Bref, rien de suffisant pour expliquer une contracture de cause locale.

D'ailleurs, les sterno-cléido-mastoïdiens sont tendus au maximum et forment corde sous la peau, déterminant un creux sus-sternal d'une profondeur exagérée. La tête est rigide : saisie à deux mains, elle ne se déplace que fort légèrement. Les muscles de la nuque sont durs comme du bois.

Les grands droits de l'abdomen ont, eux, la dureté de la pierre. Le bout de l'index, fortement appuyé dans la région sus-ombilicale, rencontre des ventres musculaires roides et indépressibles. C'est plus que la rigidité cadavérique : on dirait d'un sujet gelé.

Tout ceci constaté, on a vu les symptômes majeurs ; les membres supérieurs sont absolument intacts ; le malade marche tout d'une pièce, un peu courbé en avant, s'aidant d'une canne, car il déclare avoir le membre inférieur droit très raide. On le fait coucher : effectivement, ce membre est raide, on le fléchit avec peine. Les muscles antérieurs de la cuisse surtout sont contracturés, mais après trois ou quatre flexions successives, on les vainc et une certaine souplesse renaît pour un instant : cela n'a rien de comparable à la rigidité des grands droits ou des sterno-mastoïdiens.

La température est de 37°1 ; une autre fois, c'est 36°9 ou 37°, en un mot, pas de fièvre : nous n'en avons jamais rencontré. Le cœur bat régulièrement aux environs de 80. Les sensibilités générale et spéciale paraissent intactes. Pas de signe de KERNIG. Intelligence normale.

Cet examen ayant été pratiqué le 15 août, après que nous eûmes constaté l'intégrité des réflexes cornéen et pharyngé et une certaine trépidation épileptoïde du pied droit, le diagnostic de tétanos fut porté. Le lendemain, désireux de vérifier l'état de la bouche, puisqu'on ne trouvait aucune porte d'entrée sur le tégument externe, nous avons anesthésié le malade au chloroforme jusqu'au sommeil le plus profond et résolution complète. Les contractures n'ont pas cédé d'un pouce, contrairement à ce qu'on enseigne qui se passe dans le tétanos.

Le 17 août, la situation est identique à celle des jours précédents. Le patient souffre toujours des spasmes pharyngo-œsophagiens déjà signalés : il se plaint d'une constipation opiniâtre. On donne une purgation.

Ce jour-là, il est couvert de sueurs profuses. La sudation existait déjà les jours précédents, mais point à ce degré. L'hyperidrose est généralisée et sans trêve : la chemise du malade est trempée En outre, le peaucier du cou se prend à son tour : la jambe gauche s'enraidit aussi.

Toujours les cordes saillantes des sterno-mastoïdiens, toujours même dureté du ventre et même rigidité de la cuisse droite. Ni le bruit, ni la lumière n'ennuient le malade. Il a uriné 950 cent. cubes d'un liquide clair comme de l'eau, sans albumine, ni sucre. Opistothonos : les reins du malade ne reposent pas sur le lit. L'infirmier a dû glisser un oreiller par-dessous.

A midi, j'injecte 30 c.c. de sérum antitétanique sous la peau, au niveau du rebord costal.

18 août. — A 9 heures du matin, l'état est *indéniablement* beaucoup meilleur. La nuit a été bonne ; le trismus s'amende, les sterno-mastoïdiens et les grands droits se détendent. Tous ceux qui ont vu le malade vingt heures auparavant constatent cette amélioration tout à fait évidente.

De nouveau 30 c.c. de sérum.

19 août. — Température du matin 37°. Les sueurs profuses continuent. Le clonus du pied persiste à droite et se produit à gauche. La jambe gauche est douloureuse et le malade ne se plaint plus d'aucune autre part.

Le 20 août, le bout de l'index peut passer entre les arcades dentaires. Les sterno mastoïdiens et les droits sont toujours déraidis : le membre inférieur droit est toujours contracturé. Pas d'injection de sérum.

21 août. — Les grands droits redeviennent contracturés comme auparavant.

22 août. — Même état. Injection de 30 cent. cubes de sérum.

23 août. — Le malade passe le petit doigt entier entre les dents.

La jambe droite est moins douloureuse et moins raide. Les droits sont contracturés.

24 août. — Grande amélioration. La bouche s'ouvre largement : le malade marche toujours avec une canne, mais presque sans difficulté. L'alimentation solide devient possible.

Cet état persiste en s'améliorant à partir du 25 août et le 1er septembre, le malade sort guéri.

I. — Cette observation se rapporte-t-elle à un cas de tétanos ? Nous pensons qu'il n'y a aucun doute à avoir à cet égard.

Naturellement, il s'agit d'un tétanos chronique. Cette forme peut durer plus d'un mois et admet d'assez grandes chances de guérison. L'invasion en est sans éclat (VAILLARD). Les accidents sont modérés, à extension graduelle et limitée. Les membres supérieurs échappent à la contrac-

ture. La température demeure normale, ainsi que le pouls et la respiration. Cela dure des semaines et se termine tantôt par la mort, tantôt par la guérison. Le tétanos chronique tuerait les trois cinquièmes ou la moitié des sujets ; les chances de guérison augmentent avec la durée de l'affection, et à partir de quinze jours ou trois semaines, la guérison est presque la règle.

Au début, l'hystérie, dans le présent cas, aurait pu être incriminée. Mais que de signes en faveur du tétanos ! L'opisthonos qui s'est montré pendant plusieurs jours, la constipation, les sueurs profuses, la trépidation épileptoïde, le début par le trismus, l'intégrité des sensibilités et des réflexes, les spasmes pharyngiens à redoublement, enfin, et surtout, la persistance sans nul changement des contractures pendant le sommeil chloroformique le plus profond. Ce dernier point suffit à lui seul à éliminer l'hystérie. Eût-il fait défaut que cela n'eût d'ailleurs rien pu changer au diagnostic, car on sait qu'en thèse générale la narcose chloroformique poussée à un degré profond fait cesser toutes les contractures. Ici, notre sujet a fait exception á la règle générale et ce hasard permet d'étayer le diagnostic tout à fait solidement.

Nous insistons sur ce que notre tétanique constitue une exception à la règle générale qui veut que le chloroforme fasse cesser toutes les contractures non accompagnées de rétractions. Au point de vue particulier du tétanos, COURMONT et DOYON ayant administré de grosses doses de chloroforme au lapin, au chien, à l'homme tétaniques, ont vu que les contractures cèdent, mais parfois incomplètement ; certains muscles ne retrouvent pas toute leur souplesse. L'effet général est cependant frappant : diminution considérable ou disparition des contractures. GOLDSCHEIDER a repris les expériences de ces auteurs sur les souris. Les contractures cèdent complètement par l'administration du chloroforme et reparaissent avant que l'animal soit complètement réveillé.

Eh bien, notre tétanique a eu du chloroforme autant qu'il lui en pouvait être donné sans danger. La narcose complète a été obtenue, les contractures ont persisté telles quelles. Nous notons ce fait en passant.

N'y ayant point lieu de parler d'hystérie, fallait-il soupçonner une méningite cérébro-spinale, maladie dont des cas sporadiques surgissent de temps à autre, surtout après une épidémie comme celle de ces dernières années ? Il en existe des cas apyrétiques, c'est vrai, mais d'autre part, le signe de KERNIG y fait rarement défaut et notre malade ne le présentait pas. La céphalalgie et l'hyperesthésie faisaient totalement défaut ; ni herpès, ni troubles sensoriels, ni érythème, ni aucune des complications si fréquentes dans la méningite cérébro-spinale à méningocoques. Il y a bien plus de signes en faveur du tétanos chronique dans l'observation ici en question.

Le trismus et la dysphagie peuvent relever d'une angine, d'une stomatite, de l'évolution de la dent de sagesse, d'une inflammation des alvéoles, d'une parotidite, d'un phlegmon rétro-pharyngien, d'une arthrite temporo-maxillaire, d'une arthrite cervicale supérieure. Est-il besoin de dire que rien de tel n'était à incriminer, que la stomatite observée était secondaire et dépendait de fermentations provenant de la difficulté d'écartement des mâchoires. D'ailleurs, les contractures se sont montrées envahissantes, l'abdomen et les membres inférieurs ont été pris, et cela tranche la question. Un empoisonnement ne peut être mis en cause. Le malade n'avait pris aucun médicament.

Ainsi, c'est bien un tétanos chronique, de ceux qu'on appelait jadis médicaux ou spontanés, car on en ignore la porte d'entrée. Cependant une notion étiologique peut être invoquée chez notre sujet : c'est un menuisier et journellement il avait occasion de s'enfoncer dans les mains des échardes et des fragments de bois. Or, son atelier est situé à côté même de l'écurie des chevaux des tramways. On n'ignore pas qu'avec de la poussière de foin, on donne le tétanos à la moitié des lapins inoculés (PEYRAUD), et que les excréments du cheval contiennent le bacille tétanique, qui trouve dans l'intestin de celui-ci, où l'oxygène fait défaut, un milieu propice à sa culture (SANCHEZ-TOLEDO et VEILLON). De là, la présence du bacille dans le fumier et la possibilité de sa transmission au voisinage des écuries, chez les sujets qui se blessent avec des objets souillés de terre provenant de ces endroits.

II. — Le sérum antitétanique a-t-il quelque part à revendiquer dans la guérison du malade ?

Il n'est pas possible de formuler de conclusion ferme à cet égard. Cet article n'est pas intitulé : guérison d'un cas de tétanos chronique par le sérum, mais simplement : injection de sérum, guérison. C'est à dessein, car si nous pensons que le sérum a amené une forte amélioration, nous ignorons si, sans cette médication, le malade eut guéri ou non.

En effet, le tétanos chronique ne tue que les trois cinquièmes ou la moitié des sujets et la guérison serait presque la règle quand le tétanos a duré quinze jours ou trois semaines.

Or, le dix-septième jour au matin, sans aucune médication mise en œuvre les deux jours précédents, l'opistothonos faisait son apparition et les contractures envahissaient la jambe gauche jusque-là indemne. Une première injection de sérum est pratiquée et vingt heures après, l'amélioration est considérable. Nul ne peut dire si, en l'absence de sérum, les accidents ne se seraient point exagérés à partir de ce dix-septième jour et n'auraient point pris la forme aiguë pour aboutir rapidement à la mort, comme le fait s'observe fréquemment au cours du tétanos chronique.

Nul ne peut le dire, mais ce qui est indéniable, c'est qu'après la première injection, l'amendement des symptômes a été considérable : masséters, grands droits de l'abdomen et sterno-cléido-mastoïdiens se sont fortement relâchés. Alors, le 18 août, on injecte de nouveau 30 cent. cub. de sérum antitétanique. Le 19 et le 20 août, la situation s'améliore encore : on peut passer le doigt entre les arcades dentaires qui, trois jours auparavant, restaient encore énergiquement serrées au cours d'une anesthésie chloroformique complète.

Ce 20 août, l'état est tel que nous jugeons inutile d'injecter de nouveau du sérum. Le lendemain, la contracture des grands droits reparaît : alors, injection nouvelle de 30 cent. cub., et quarante-huit heures après, la guérison est quasi-totale. Quatre-vingt-dix cent. cub. de sérum avaient été ainsi injectés en tout et nous avons la conviction clinique qu'ils ont été des plus utiles à notre tétanique.

On objectera avec raison que ce n'est pas là une certitude : d'accord, et il ne peut être question d'affirmation précise. On objectera aussi que le sérum antitétanique n'est que préventif et qu'on ne peut guérir le tétanos confirmé par des injections sous-cutanées. Il ne faut cependant pas oublier que le sérum, injecté dans les premières heures qui suivent l'inoculation de la toxine à l'animal, transforme un tétanos généralisé mortel en tétanos local curable. Il faut en outre ne pas négliger les conclusions auxquelles est arrivé Tsuzuki (*Archives de pharmacodynamie*, t. VIII, p. 19, 1901) et que voici résumées :

L'injection sous-cutanée de sérum antitétanique a un pouvoir *curatif :* 1° dans le cas d'une intervention très précoce; 2° par l'administration d'un grand nombre d'unités antitoxiques; 3° par le choix d'un lieu d'injection tel que l'antitoxine puisse agir directement sur le lieu d'infection; 4° *dans les tétanos dont l'infection est telle que la dose mortelle est à peine dépassée.*

Cette dernière conclusion est à retenir, car il va de soi que, dans le tétanos chronique, la quantité de poison circulant est moindre que dans les cas aigus. Peut-être, chez notre homme, la dose mortelle n'aurait-elle jamais été atteinte et a-t-il guéri seul. C'est possible : en tout cas, il a été fort amélioré. Peut-être cette dose mortelle était-elle ou aurait-elle été à peine dépassée et on rentre alors dans la quatrième hypothèse précitée, à savoir que dans ces conditions le sérum a un pouvoir curatif expérimentalement démontré.

« Souvent, dit M. Vallas (*Congrès de chirurgie de Paris*, octobre 1902), les auteurs signalent une amélioration immédiate et une sédation des contractures à la suite des injections. Bien que le fameux sophisme : « Post hoc, ergo propter hoc », soit toujours à craindre, il est bien difficile de ne pas être ébranlé par des observations nombreuses, faites dans tous les pays par des auteurs différents et arrivant néanmoins à des conclusions identiques ».

Supposons, dit le même auteur, un tétanos à évolution lente. Le malade, soumis au traitement ordinaire par le repos et le chloral, résiste bien aux premières atteintes de son affection. Tout porte à croire qu'il va guérir, lorsque, brusquement, une exacerbation se produit : les contractures augmentant d'intensité, les crises convulsives deviennent plus fréquentes, la température s'élève et ce retour offensif emporte le malade. En pareil cas, la sérothérapie aurait pu sauver le blessé. Celle-ci, malgré son inefficacité bien reconnue contre le tétanos confirmé, est cependant capable d'améliorer la statistique en la dégrevant de tous les cas à évolution lente, susceptibles de tuer par attaques successives. Elle agit par la neutralisation du foyer tétanigène.

Dans la *Gazette hebdomadaire* du 25 novembre 1897, M. Boinet a publié un cas analogue au nôtre. Son malade est pris de contracture des masséters, puis des sterno-mastoïdiens, des grands droits, des muscles des jambes, etc., le tout sans fièvre. Il n'entre à l'hôpital que huit jours après le début. Le patient est hyperesthésique : on peut le soulever d'une seule pièce. On injecte 20 c. c. de sérum : deux jours après, les contractures diminuent. A partir du lendemain, on injecte 10 c. c. pendant huit jours consécutifs et le malade sort guéri.

M. Boinet conclut que la sérothérapie aura d'autant plus de chances de réussir que la marche du tétanos sera plus lente, parce que l'intoxication progressive et graduelle des éléments nerveux laisse au sérum le temps d'agir. Il rappelle quarante-deux cas de guérison du tétanos confirmé par l'emploi de l'antitoxine et déclare qu'il est utile de multiplier les injections pour obtenir un résultat : dans son cas personnel, il a injecté 100 c. c. de sérum.

Nous ne voulons pas faire dire au fait que nous présentons plus qu'on n'en peut tirer. En injectant 90 c. c. de sérum antitétanique dans un cas chronique, nous pensons avoir obtenu une amélioration des plus nettes, si même la guérison n'a pas été due à cette médication, la seule qui ait été mise en œuvre.

Fausto et Godinho (*Presse médic.*, 20 sept. 1902) viennent de faire connaître un cas de guérison de tétanos traumatique par injections intra-rachidiennes de sérum antitétanique. Leur article a paru après la sortie de notre malade : nous aurions peut-être usé de cette méthode, facile à mettre en œuvre, si elle avait fourni des résultats entre les mains de Sicard, qui l'a utilisée en 1898 (*Soc. de biologie*, 12 nov.), ainsi qu'entre celles de Jaboulay (*Lyon médical*, 1898) et d'Heubner. Ce n'est donc point une méthode nouvelle. Il serait peut-être nécessaire d'y revenir, en présence du résultat encourageant obtenu par Fausto. Dans son observation, la malade avait des contractures, des sursauts

tendineux et des secousses musculaires qui augmentaient au moindre bruit : les sueurs étaient considérables. La méthode de BACCELLI fut essayée et ne donna rien, tandis que la guérison fut obtenue en un mois après injection, en sept fois, de 65 cent. cub. de sérum dans l'espace sous-arachnoïdien. Dans un second fait, la mort survint, mais les contractures s'étaient fort amendées sous l'influence de cette thérapeutique.

C'est une question à reprendre, d'autant que d'ANCONA (*Gaz. degl. osped.*, 24 nov. 1901) a également publié deux cas de tétanos guéris par injection sous-arachnoïdienne de sérum antitétanique. Il faut pourtant savoir que les observations allemandes, relatives à cette méthode, sont peu favorables à celle-ci et que M. VALLAS déclare que, malgré le petit nombre de cas, elle est à rejeter. Cet auteur conclut qu'en face d'un tétanos déclaré, la sérothérapie constitue encore notre ressource la plus précieuse et qu'on doit employer la voie sous-cutanée et, pour quelques indications exceptionnelles, l'injection intra-veineuse. Le chloral et l'acide phénique ne peuvent être considérés que comme des auxiliaires destinés à agir sur les contractures Nous n'avons pas cru trouver d'indication formelle à leur emploi dans le cas que nous venons de rapporter.

Consultations Médico-Chirurgicales

Ophtalmie purulente des nouveau-nés

Docteur E. PAINBLAN.

INFORMATIONS CLINIQUES. — Un nouveau-né, le deuxième ou troisième jour après sa naissance, présente sur un seul œil d'abord, rarement des deux côtés à la fois, un gonflement rosé des paupières qu'il ne peut ouvrir ; si on les écarte, ce qui est encore facile, on voit sourdre une sérosité citrine, très fluide et, dans le fond des culs-de-sac nagent quelques filaments de muco-pus.

En quelques heures, le gonflement et la rougeur augmentent énormément ; les paupières supérieures font saillie en avant de l'orbite et la peau est violacée ; la conjonctive palpébrale, très rouge, irrégulière, saigne abondamment au moindre contact; quelquefois elle est recouverte d'un enduit couenneux qui s'enlève facilement.

Bientôt la sécrétion purulente devient jaune verdâtre, épaisse, crémeuse ; elle s'écoule abondamment le long des joues, forme des croûtes, agglutine les paupières. La cornée est entourée d'un chémosis épais qui l'enchâsse. Celles-ci ne se laissent retourner que très difficilement ; si on les écarte sans précaution, un jet de pus peut être projeté avec force à une certaine distance.

Dans les cas simples, l'affection persistera avec ces symptômes plus ou moins accentués, environ une quinzaine de jours ; puis peu après le gonflement et la sécrétion diminueront ; mais il restera longtemps sur la conjonctive des plis et de gros bourgeons saillants. Mais fréquemment, et surtout si un traitement rationnel n'est pas appliqué, apparaîtront du septième au neuvième jour, plus tôt dans les formes foudroyantes, les complications cornéennes.

La cornée, continuellement baignée dans le pus, se desquame, présente d'abord un trouble léger, puis une ulcération jaunâtre, centrale ou périphérique, qui creuse rapidement et aboutit à la perforation. Ou bien un sillon se creuse sur toute la périphérie, la membrane ne peut plus vivre et se détache en totalité à la manière d'un verre de montre désenchâssé.

Ces diverses lésions cornéennes laisseront à leur suite des leucomes adhérents, des staphylomes sclérocornéens, etc. ; parfois l'œil entier suppurera et sera réduit à un simple moignon fibreux.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — L'ophtalmie purulente des nouveau-nés est due, dans l'immense majorité des cas, au gonocoque. C'est une maladie infectieuse et contagieuse, contre laquelle il faut intervenir énergiquement et rapidement, sitôt le diagnostic posé.

Les indications sont : α) D'empêcher la stagnation du pus qui encombre les culs-de-sac conjonctivaux et baigne incessamment la cornée ; β) de faire l'antisepsie de la conjonctive ; γ) de tâcher de diminuer le gonflement des paupières et le chémosis qui enchâsse la cornée ; δ) de soigner les lésions cornéennes, si elles se sont produites ; ε) d'empêcher la propagation à l'autre œil, s'il est demeuré sain jusqu'alors.

D'autre part la contamination se faisant surtout par les sécrétions vaginales au moment de la naissance ou peu après par des linges souillés ou des mains malpropres, le traitement prophylactique aura la plus grande importance.

TRAITEMENT. — Le traitement, on le pressent, est curatif et prophylactique.

TRAITEMENT CURATIF. — Le traitement curatif répond surtout aux deux premières indications : d'empêcher la stagnation du pus et de combattre la pullulation du germe causal ; il consiste surtout en grands lavages et cautérisations.

Lavages. — Fréquemment dans la journée, toutes les heures même, si la suppuration est abondante, faites un grand lavage des culs-de-sac conjonctivaux avec une solution antiseptique.

Permanganate de potasse	25	cgr.
Eau distillée	500	—

L'enfant est tenu renversé sur le dos par un aide assis en face de vous, incliné sur lui et qui maintient solidement le corps et les mains. Immobilisez bien la tête entre vos genoux garnis d'une serviette. Avec des tampons de ouate hydrophile trempés dans la solution, lavez préalablement l'extérieur des paupières et les bords palpébraux, puis appliquez le pouce ou l'index de chaque main sur les paupières gonflées ; **ne tirez pas brusquement** ; un flot de pus pourrait jaillir jusque dans vos yeux et vous contagionner ; au contraire, **écartez graduellement** ; la muqueuse tuméfiée fera de plus en plus hernie et se présentera tout entière à l'exploration : **Etanchez vigoureusement tout le pus épanché** dans les culs-de-sac conjonctivaux ; faites couler une certaine quantité de liquide soit avec le tampon, soit mieux avec une poire ou une seringue.

Si vous avez à votre disposition un **écarteur-laveur** (releveur à bord muni de trous et à manche creux qu'on adapte à un irrigateur), le lavage en sera singulièrement facilité ; vous n'aurez pas à retourner la paupière, et en introduisant sous elle l'écarteur, vous pourrez faire passer facilement une plus grande quantité de liquide et déplisser plus complètement encore les culs-de-sac.

Cautérisations. — Une fois par jour, même deux fois, si la suppuration est abondante, vous cautériserez la muqueuse conjonctivale avec la solution de **nitrate d'argent** à un pour vingt ou même à un pour dix, récemment préparée et conservée dans un flacon coloré.

L'enfant maintenu, comme il a été dit plus haut, faites comme tout à l'heure : retournez les paupières à fond, ce qui n'est pas toujours facile ; **essuyez bien la conjonctive** ; maintenez les paupières avec les deux doigts ou avec le secours de l'aide qui se chargera de la paupière inférieure ; passez alors le pinceau-blaireau, imbibé de la solution de nitrate d'argent, sur les deux bourrelets de la muqueuse, lesquels, adossés, empêcheront le liquide caustique de fuir jusqu'à la cornée.

Neutralisez alors en passant un pinceau imbibé d'**eau salée**, ou lavez pour **entraîner l'excès de caustique** avant de lâcher les paupières.

Vous pourrez aussi retourner les paupières successivement et les cautériser l'une après l'autre, vous éviterez ainsi d'avoir recours à l'aide et vous atteindrez mieux le cul-de-sac.

En suivant cette pratique, ce n'est que très rarement que vous devrez recourir au débridement de l'angle externe des paupières.

α) Quand la sécrétion purulente diminuera, vous pourrez **abaisser le taux de la solution de nitrate d'argent** à un pour cinquante ou un pour cent.

β) Quant elle aura presque complètement disparu, vous cesserez le nitrate d'argent et vous prescrirez un collyre au **sulfate de zinc** à deux centigrammes pour dix ou au **protargol** à 50 centigrammes pour dix.

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS. — C'est à des lavages et des cautérisations que se réduit le traitement curatif de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Des complications surgissent parfois, exagération de phénomènes réactionnels habituels ou propagation à des tissus ou organes plus importants ; la thérapeutique est alors différente.

a) Gonflement des paupières et chémosis. — Contre le gonflement des paupières et le chémosis, s'ils sont très accentués, vous pourrez faire de multiples **scarifications** de la conjonctive avec des ciseaux à pointes mousses.

b) Lésions cornéennes. — Le retournement des paupières, tel qu'il doit être pratiqué pour le lavage et la cautérisation, ne permet pas de voir la cornée. Pour la découvrir, servez-vous d'écarteurs ; ou bien rapprochez les deux index des bords palpébraux, accrochez avec l'ongle le bord des paupières et écartez-les doucement en les faisant glisser en haut et en bas, sans leur permettre de se retourner. Vous découvrirez ainsi très bien la cornée ; surveillez-la, ses lésions marchent quelquefois vite, et surtout chez des enfants chétifs ou nés avant terme, sa destruction peut être rapide.

α) **Il existe des lésions de la cornée.** — Les grands **lavages** doivent être vigoureusement continués, puisqu'il y a à craindre surtout l'action du pus septique baignant sans cesse la plaie cornéenne.

Continuez aussi les **cautérisations**, mais exagérez encore les précautions destinées à éviter le contact direct du nitrate d'argent avec la cornée lésée.

Le médicament important est ici l'iodoforme. Sous son influence, la cornée opacifiée s'éclaircit souvent notablement. Insufflez ou projetez directement sur la cornée à l'aide d'un petit pinceau, un peu d'**iodoforme finement porphyrisé**, une fois par jour, le matin. Introduisez le soir, entre les paupières, avec un bout de papier roulé, gros comme un grain de blé de la pommade :

Iodoforme	1	gr.
Vaseline	10	gr.

Si la cornée est fort avariée, s'il y a tendance à la perforation, le collyre à l'**ésérine** et le **bandeau compressif** trouveront leur indication.

Propagation à l'œil resté sain. — Si un seul œil est pris, ce qui est la règle du moins au début, employez tous vos efforts à le préserver de l'infection imminente. **Evitez de toucher l'œil sain** avec des doigts qui viennent de panser l'œil malade et qui ne sont pas lavés, avec des éponges ou des

linges servant à l'œil atteint d'ophtalmie. **Couchez l'enfant toujours du côté malade** afin d'éviter que les liquides septiques, passant par dessus la racine du nez, ne coulent de l'œil malade jusqu'à l'œil sain.

Enfin vous pouvez recouvrir l'œil atteint à d'un **monocle isolateur**, constitué par un tampon d'ouate hydrophile sec, maintenu par une bande.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — Le traitement prophylactique a un rôle capital et doit être institué toutes les fois que l'on soupçonne une contamination possible. Dans les maternités où il est bien appliqué, il a fait tomber la proportion des ophtalmies de quatre à six pour cent à 0,1 pour cent. Les ophtalmies qui surviennent malgré la prophylaxie ne sont que rarement graves et n'attaquent pas ordinairement la cornée.

Il consistera en ces trois points :

a) Veiller à la désinfection soigneuse et complète des mains, des linges, des objets de pansement.

b) Désinfecter le vagin de la mère avant l'écoulement et surtout au commencement du travail par des injections de sublimé ou de permanganate.

c) Aussitôt après la naissance, avant même la section du cordon ou au moins avant le bain, c'est-à-dire le plus vite possible, essuyer les yeux avec un tampon d'ouate hydrophile trempé dans l'eau boriquée ou le sublimé faible (1 pour quatre mille) ; puis, instiller entre les paupières entr'ouvertes, une goutte du collyre au nitrate d'argent à 1 pour cent ou 1 pour cent cinquante. Ou bien insuffler un peu de poudre d'iodoforme finement pulvérisée.

Eviter que l'eau du bain ne touche les yeux de l'enfant.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Les **Chirurgiens des Hôpitaux de province**, réunis en Assemblée générale, le mardi 21 octobre 1902, à la faculté de médecine de Lille prient M. le Ministre de l'Intérieur :

1° de vouloir bien notifier aux Préfets et aux Commissions administratives des Hospices de France, des colonies et des pays de protectorat la délibération du Conseil supérieur de l'Assistance publique en date du 12 juin 1902 ;

2° d'inviter lesdites Administrations à mettre leur règlement en concordance avec cette délibération.

En second lieu, la réunion s'associe à la campagne que poursuivent les Sociétés de Défense professionnelle et les Syndicats médicaux en vue d'obtenir la revision de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898.

Ces conclusions sont mises aux voix et votées à l'unanimité.

UNIVERSITÉ DE LILLE

— Le Journal du Gouvernement du royaume de Grèce contient dans son numéro du 5/18 septembre 1902 un décret royal du 6/19 juillet 1902 nommant, sur la proposition du Ministre des Cultes et de l'Instruction publique et conformément à la présentation de l'Ecole de médecine de l'Université nationale d'Athènes, M. Gérasime Phocas, professeur de clinique chirurgicale.

Notre collègue abandonne à Lille une situation acquise importante pour une chaire non moins importante. L'attrait exercé sur l'esprit de M. Phocas par la chaire de clinique chirurgicale explique cette détermination, qu'entrevoyaient depuis près d'un an plusieurs de ses collègues, et qui prive la Faculté d'un agrégé qui avait eu en treize ans l'occasion de rendre quelques services. Tous nos vœux de succès accompagnent en son pays d'origine notre collègue le docteur Phocas.

— Dans sa séance du 8 octobre, la **Société française d'histoire de la médecine** a élu membre notre excellent collègue, le professeur H. Folet. Nous adressons à notre cher collaborateur toutes nos félicitations pour cette distinction.

— Les **Palmes académiques** ont été décernées dimanche dernier, à l'occasion de la distribution des récompenses de l'Exposition de Lille, à M. Théodore Clerquin, directeur de l'imprimerie Le Bigot frères et gérant de l'*Echo Médical du Nord*. Nous adressons à M. Clerquin nos meilleures félicitations et applaudissons à la distinction qu'on lui accorde en reconnaissance de longs et loyaux services indirectement rendus à l'Université.

— Le secrétaire de la Commission des Hospices, M. Breunin, au moment de prendre sa retraite, a reçu aussi les Palmes académiques. Nous sommes heureux de lui voir conférer une distinction, méritée plus par sa diligente gestion des biens des Hospices que par sa sympathie pour l'Université de Lille.

— Le lundi 17 novembre 1902, à 9 heures du matin, un **Concours pour la collation de deux Bourses départementales de Médecine et une Bourse départementale de Pharmacie** sera ouvert à la Faculté.

Sont admis à concourir tous les étudiants ayant accompli au moins une année d'études à la Faculté, originaires du département du Nord, ou s'ils n'en sont pas originaires, ayant contracté par écrit l'engagement d'y exercer pendant six ans la médecine ou la pharmacie suivant le cas.

Les épreuves du Concours consisteront en une épreuve écrite pour laquelle il sera accordé trois heures et en une épreuve orale d'un quart d'heure (après 1/4 d'heure de réflexion) dont le sujet sera tiré au sort.

Les épreuves porteront sur les matières des cours obligatoires que les candidats auront respectivement dû suivre pendant l'année scolaire 1901-1902.

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté avant le 11 novembre 1902.

— Nous relevons dans les dernières mutations du **Corps de**

santé militaire, les désignations suivantes qui intéressent notre région. M. le médecin aide-major de 1re classe VORBE, est nommé au 110e d'infanterie à Dunkerque ; M. le médecin aide-major de 1re classe DUPUICH est maintenu au 3e chasseurs à cheval à Abbeville (Somme).

SOUTENANCE DE THÈSE

M. J.-F. HAUTEFEUILLE, de Gravelines (Nord), licencié ès-sciences, pharmacien de 1re classe, préparateur à l'Institut Pasteur, interne provisoire des Hôpitaux, a soutenu, avec succès, le samedi 25 octobre, sa thèse de doctorat (6e série, no 95), intitulée : **Valeur antiseptique du lysol.**

HOPITAUX DE LILLE

Par décision ministérielle la **Médaille des épidémies** (argent) a été décernée à Mme DUBOIS, en religion sœur MARIE-DENISE, supérieure de l'hôpital de la Charité ; la médaille de bronze à Mme COUVREUR, en religion sœur ANATOLIE, attachée au même établissement, en raison de leurs services dans plusieurs épidémies, et notamment dans l'épidémie de variole actuelle.

Nous adressons à ces humbles et dévouées auxiliaires du corps médical toutes nos félicitations pour les distinctions qui leur sont accordées.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Grenoble. — M. le docteur BERLIOZ, professeur de bactériologie théorique et pratique, est mis, sur sa demande, en congé pour l'année scolaire 1992-1903. M. le docteur LÉPINE, chef des travaux de physiologie, est chargé à sa place du cours de bactériologie théorique et pratique.

Reims. — M. HENRY, chef des travaux de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est chargé pour 1902-1903 des fonctions de suppléant de la chaire de chimie, en remplacement de M. PONT.

Notre Carnet

Le docteur MANOHA, médecin-major de 2e classe de l'armée, secrétaire du Conseil de santé du 1er corps, nous fait part de la naissance de son fils PIERRE. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

— Le docteur Etienne BRETON, de Saint-Amand-les-Eaux (Nord), nous fait part de la naissance de son fils ANDRÉ. Nous lui adressons nos meilleurs vœux pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Le 15 octobre ont été célébrées à Hesdin (P.-d.-C.), comme un deuil public, les funérailles du docteur BRULLE, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur. Le docteur BRULLE était un de ces médecins qui honorent notre profession par la réunion des qualités du cœur aux dons les plus remarquables de l'esprit. Lettré, s'intéressant aux choses de l'art, naturaliste distingué, le docteur BRULLE avait, outre les bibelots, faïences, meubles, etc... qu'il collectionnait avec amour, recueilli dans le cours de sa carrière, les éléments d'un herbier remarquable, d'une collection d'insectes, particulièrement de coléoptères et d'une collection de conchyliologie dont s'enorgueilliraient bien des musées universitaires. Il se proposait d'achever le classement de ses collections à ses moments perdus, quant la mort est venue le surprendre à 72 ans, en pleine activité scientifique et professionnelle. Le 5 octobre, souffrant déjà, il se faisait, d'autorité, conduire par son fils au chevet d'un de ses malades pour y assister à une consultation. Le lendemain on le descendait de voiture, définitivement terrassé par la maladie, et, quelques jours plus tard, il mourait au milieu des regrets unanimes de ses parents, de ses confrères, de ses clients et, j'ajoute, des malheureux dont il était la providence. H. S.

— Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs LEDOUX-LEBARD, de Paris ; CHAUVET, de Tours (Indre et-Loire) ; SARRET, de Goncelin (Isère) ; ARCHIPOFF, de Lorrès-le-Bocage (Seine-et-Marne).

Vient de paraître :

Consultations médico-chirurgicales, 1re série, par le docteur F. COMBEMALE, avec la collaboration de MM. AUSSET, CHARMEIL, CAUMARTIN, DUBAR, FOLET, GAUDIER, INGELRANS, DE LAPERSONNE, LE FORT, POTEL, OUI, SURMONT, chez O. DOIN, 8, place, de l'Odéon, Paris, 1902 : 6 francs ; par poste, 0,60 c. en plus.

Les lecteurs de l'*Echo médical du Nord* savent que depuis près de deux ans ont paru dans ce journal des consultations très étudiées sur divers sujets de clinique médicale, chirurgicale, obstétricale et de cliniques spéciales. Nombre d'entr'eux ont bien voulu nous dire combien ils appréciaient cet effort d'avoir mis à la portée du plus grand nombre, étudiants et praticiens, le traitement raisonné de quelques maladies. Certains même ont manifesté le désir de voir réunies en un volume portatif ces consultations éparses dans près de cent numéros de journal, et par suite difficiles à retrouver au moment opportun. C'est à ce désir que les auteurs de ces Consultations ont cru devoir répondre en publiant ce volume. Ceux qui en ont apprécié les qualités en articles de journal, retrouveront ici ces mêmes qualités. Ils verront qu'à des informations cliniques, généralement restreintes au tableau clinique, succèdent dans chaque consultation un exposé des indications suivant les cas pathogéniques ou cliniques, réduit à son minimum, et qu'enfin le traitement prend la place capitale, avec les subdivisions nécessaires. On y explique pourquoi on préfère le traitement préconisé à tout autre, pourquoi on rejette telle thérapeutique, on y désigne ce qu'il ne faut pas faire ; bref, on se montre praticien, et non majestueux innovateur et inventeur.

Le *régime lacté*, les *lavements alimentaires*, l'*alcoolisme aigu*, les *fièvres éruptives en général*, la *syphilis*, la *coqueluche*, l'*asthme*, la plupart des *maladies pulmonaires*, la *chlorose*, l'*angine de poitrine*, l'*apoplexie*, l'*épilepsie*, les *convulsions*, les *gastro-entérites* sont particulièrement traités ainsi que l'*acné*, le *psoriasis*, et en chirurgie les *écrasements des membres*, les *phlegmons de la main*, la *coxalgie*, les *hémorrhoïdes*, les *hémorrhagies utérines*, l'*appendicite*, l'*occlusion intestinale*, les *otites moyennes*, les *blessures de l'œil par explosion*, la *carie dentaire*, les *accidents de la dent de sagesse*, la *délivrance naturelle*, la *délivrance anormale*.

En vente : chez LE BIGOT frères, imprimeurs, 25, rue Nicolas-Leblanc, Lille.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 303. Sixième Année N° 44. Le Numéro : 10 centimes. 2 Novembre 1902

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Opinions sur la dionine

Par MM. le professeur **Combemale** et **Sonneville**, externe des hôpitaux

La dionine, comme l'héroïne, dont nous avons étudié naguère la valeur thérapeutique dans ce journal (1), est un dérivé de la morphine ; c'est le chlorhydrate de l'éthyle-morphine. Ce groupement éthyle intercalé dans la formule de la morphine fait théoriquement toute la valeur de la dionine ; c'est ce que prétend von MERING, sur les indications de qui elle fut préparée en 1896, « tout comme, dit-il, le trional et la phénacétine sont supérieurs au sulfonal et à la méthylacétine, parce qu'ils possèdent le groupement éthyle dans leur constitution ».

La dionine se présente sous la forme d'une poudre microcristalline blanche, inodore, un peu amère, se dissolvant facilement dans l'eau et donnant une solution à réaction neutre, qui reste longtemps limpide. En raison de ces diverses propriétés organoleptiques et physiques, la dionine peut être introduite dans l'économie par les diverses voies usitées. La bouche, le rectum, les muqueuses conjonctivale et vaginale, le tissu cellulaire sous-cutané ont été empruntées, et l'absorption n'a jamais manqué ; notons au passage que les injections sous-cutanées ne donnent lieu à aucune douleur.

De vingt à trente minutes après son introduction dans l'organisme, l'action de la dionine commence à se faire sentir ; l'effet durera de deux à quatre heures. L'élimination en est également très rapide ; aussi, il n'y a pour ainsi dire pas d'accumulation ce que HESSE (1) attribue à la rapide destruction du médicament par les alcalis ou les ferments du sang.

Les recherches expérimentales de HOFF (2) aboutissent à la constatation du fait physiologique suivant ; qui résume l'action de la dionine : en injections intraveineuses la dionine provoque un ralentissement immédiat de la respiration, avec prolongement de la durée des expirations et des inspirations, ce qui accroît en somme les effets de la ventilation pulmonaire. L'excitabilité du centre respiratoire n'est d'autre part nullement influencée.

Les constatations cliniques, rapportées par les nom-

(1) COMBEMALE et HURIEZ. Quelques observations cliniques sur la valeur thérapeutique de l'héroïne, *Écho médical du Nord*, 1902, p. 193.

(1) HESSE, *in Wiener medicinische Blätter*, 1899, n° 22.

(2) HOFF. *Aertzlicher Centralanzeiger*, 1899, n° 30.

breux cliniciens qui ont eu recours à l'emploi de la dionine, ne sont pas moins intéressantes.

Sur la morphine, opinion commune à tous ceux qui s'en sont servi, la dionine a l'avantage d'être beaucoup moins toxique. On a pu administrer des doses quotidiennes de 0gr10 à 0gr15, sans observer aucun phénomène toxique ; FROMME (1) en a donné impunément à des morphinomanes jusqu'à 1 gr. ; ISENBURG (2) l'a prescrite pendant huit jours consécutifs chez un vieillard de 75 ans à la dose de 0 gr. 06, sans incident aucun. Cependant HEIM (3) a vu chez certains sujets des doses modérées de dionine provoquer des vomissements, de l'assoupissement et de la céphalalgie ; HIGIER (4) a constaté deux fois sur quarante-neuf cas des vomissements, des sueurs abondantes et de l'abattement ; et MELTZER (5) trois fois de la céphalée et des palpitations, ce que chez les aliénés, les maniaques très-agités en particulier, il attribue à une congestion de l'encéphale.

Tous les observateurs sont aussi unanimes à reconnaître qu'il n'y a pas d'accoutumance à la dionine.

Cette faible toxicité et cette absence d'accoutumance sont des caractères trop importants en clinique pour ne pas les signaler et les souligner; les auteurs ont surabondamment noté la chose, dans leurs appréciations générales sur la dionine.

Dans les applications qui ont été faites de la dionine à certaines maladies, il y a lieu de retenir le traitement des symptômes accompagnant les maladies des voies respiratoires et celles du système nerveux.

Ce n'est point que la dionine ne soit utilisable en gynécologie et en oculistique comme analgésique. DARIER (6) a dit en plusieurs circonstances de la dionine qu' « elle reste le plus parfait, le moins toxique, le plus actif des analgésiques oculaires », et ZATOLOFF (7), tout récemment, a conclu dans le même sens ; de même BOURDEAUX (8). Il est cependant, suivant BELIARMINOFF, SOUROFF et GAGARINE, des restrictions à faire, en ce qui concerne les affections des milieux profonds de l'œil.

(1) FROMME. *Allgemeine medizinische Centralzeitung*, 1900, n° 30 et 35.
(2) ISENBURG. *Medico*, 1900, n° 20.
(3) HEIM. *Klinische therapeutische Wochenschrift*, 1899, n° 46.
(4) HIGIER. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1899, n° 44.
(5) MELTZER. *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1899, n° 51.
(6) α) DARIER. — *Comptes Rendus du XIIIe Congrès international de médecine*, Paris, 1900. β) *Académie de médecine*, juillet 1900. γ) Deux analgésiques locaux presque exempts de toxicité : acoïne, dionine, *Rev. thérapeutique médico-chirurgicale*, 1902, p. 75.
(7) ZATOLOFF. — La dionine dans la pratique ophtalmologique, an. in *Revue thérapeutique médico-chirurgicale*, 1902, p. 601.
(8) BOURDEAUX. Note sur l'action de la dionine. *Société anatomo-clinique de Lille*, 21 mars 1902.

BLOCH (1), le professeur WALTHER (2), en 1900, et naguère FRAENKEL (3) se louent de la dionine dans le domaine gynécologique en ovules et suppositoires.

Mais c'est surtout dans les cas chroniques où les symptômes toux et douleur se rencontrent que la dionine a été utilisée, et utilisée avec succès.

En ce qui concerne la toux, l'impression qu'on emporte de la lecture des divers mémoires qui se sont occupés de la dionine, c'est que sous son influence la toux diminue, et que, chose à retenir, l'expectoration reste facile : HEIM, ISENBURG, SALTZMANN (4) sont particulièrement catégoriques sur ce dernier point. LANGES (5) insiste aussi sur la facilité et la diminution de l'expectoration chez les phtisiques. SCHRŒDER (6) a même prédit que la place prépondérante, tenue par la codéine et la morphine dans le traitement symptomatique de la tuberculose pulmonaire, serait sous peu prise par la dionine. Les succès n'ont fait, en effet, qu'exceptionnellement défaut dans les bronchites, trachéites, laryngites, dans les poussées aiguës d'emphysème, dans les accès d'asthme ainsi traités. Dans la pneumonie, dans la coqueluche (7), contre l'influenza, la sédation de la toux ne fut jamais en vain recherchée ; l'expectoration n'était pas rendue plus difficile. BORNIKOEL (8) l'écrit expressément.

A l'exception de FREYMUTH (9) et de STURMHŒFEL (10), qui ont surtout observé chez les aliénés agités et les déments chroniques, tous les auteurs reconnaissent à la dionine des propriétés hypnotiques. HEIM la considère comme un bon soporifique agissant presque toujours, mais après un temps variable sur les sujets. BORNIKOEL préfère la morphine, mais a cependant obtenu avec la dionine un repos suffisant. MELTZER croit la dionine hypnotique, mais explique son opinion en disant que c'est en diminuant les hallucinations qu'elle donne le repos. Il n'y a recours, ainsi, du reste, que RANSOHOFF (11), que dans l'agitation légère et

(1) BLOCH. — *Aerztliche Centralzeitung*, 1900, nos 21 et 22.
(2) WALTHER. — *Zeitschrift für praktische Aerzte*, 1900, 7 août.
(3) FRAENKEL. — La dionine dans la pratique gynécologique, an. in *Revue thérapeutique médico-chirurgicale*, 1902, p. 565.
(4) SALTZMANN. — *Wiener medizinische Presse*, 1900, n° 21.
(5) LANGES. Observations concernant l'emploi de quelques médicaments nouveaux : euménol, dionine, stypticine. *Therapeutische Monatshefte*, juillet 1901.
(6) SCHRÖDER. — *Therapie der Gegenwart*, avril 899.
(7) GOTTSCHALK dans 32 cas de coqueluche vit l'effet calmant de l'héroïne échouer 13 fois ; dans tous les cas cependant la toux fut moins angoissante, mais la durée de la maladie ne fut nullement influencée. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 25 juillet 1901.
(8) BORNIKOËL. — *Therapie der Gegenwart*, avril 1900.
(9) FREYMUTH. — *Psychiatrische Wochenschrift*, 1899, nos 16, 38.
(10) STURMHÖFEL. — *Psychiatrische Wochenschrift*, 1899, n° 16.
(11) RANSOHOFF. — *Psychiatrische Wochenschrift*, 1899, n° 29.

moyenne, ayant remarqué que l'agitation augmentait au cas d'état psychique violent.

Si Korte (1) considérait la dionine comme agissant peu sur la sensibilité, actuellement, au contraire, tous les auteurs lui accordent une action analgésique très marquée ; et il serait oiseux et trop long de citer tous les auteurs qui ont eu à calmer la douleur au moyen de la dionine : les coliques hépatiques, l'ulcère de l'estomac, les points de côté dans la pleurésie, les névralgies les plus diverses ont été soulagés ; il n'y a pas de discordance sur ce point.

La dionine a encore été employée comme succédané de la morphine chez les morphinomanes. L'avis d'Heinrich (2), qui le premier a recommandé la dionine dans ce but, est que « la propriété la plus précieuse de ce nouveau dérivé de la morphine est de calmer la violente passion des morphinomanes. »

Si la dionine est le médicament analgésique et eupnéique que nous représentent les relations cliniques dont nous venons de donner un court résumé, si, d'autre part, les effets secondaires ne sont pas plus marqués que ceux que l'on a signalés, la dionine est un précieux médicament, à ajouter aux dérivés que la morphine a déjà fournis. Ne pas diminuer l'activité et la fréquence respiratoire en même temps qu'on calme l'irritabilité de ces voies est chose de la dernière importance pour le traitement des maladies pulmonaires, chez les enfants en particulier ; et les pédiâtres seraient heureux de faire entrer pareille arme dans leur arsenal thérapeutique. Calmer d'autre part la douleur, sans payer la rançon de l'agression thérapeutique par de la céphalée, des vomissements ou toute autre misère, ne laisse pas que d'être un but entrevu par tous les praticiens, que l'on finirait par atteindre.

Aussi, pour nous faire une opinion personnelle sur la dionine, avons-nous expérimenté ce médicament au lit du malade ; et ce sont nos constatations à ajouter aux précédentes, que nous offrons aujourd'hui avec nos appréciations particulières.

La formule et le mode d'administration auquel nous nous étions arrêtés, étaient les suivants ; nous les avons empruntés à Schrœder.

Dionine	o gr. 3
Eau d'amandes amères....	aa 5 grammes
Eau distillée.	

(1) Korte — *Therapeutische Monatshefte*, janvier 1899.
(2) Heinrich, *Wiener medicinische Blätter*, 1899, n° 11.

De cette solution nous donnions uniformément XX gouttes dans une petite quantité d'eau que le malade avalait d'une gorgée ; c'était donc 3 cent. de dionine que nous administrions une fois par jour.

Observation I. — P..., Louis, 45 ans, atteint de tabès, entre dans le service pour un nouvel accès de crises gastriques, qui le font vomir et souffrir depuis quelques jours. Tous les moyens médicamenteux usuels ont été appliqués chez lui au cours des autres accès. Pour le soulager on lui donne XX gouttes de la solution de dionine, au moment où il souffre le plus, et il se trouve soulagé, bien qu'incomplètement débarrassé. Il en est ainsi à chaque prise de dionine pendant huit jours. Au bout de ce temps, le malade déclarant qu'il ne ressent plus aucune douleur on cesse la dionine. Pour contrôle, il reste néanmoins encore quinze jours à l'hôpital ; les crises ne reparaissent pas.

Observation II. — B..., Julien, 43 ans, est porteur d'un anévrysme de l'aorte qui, par compression du plexus brachial, provoque de violentes douleurs dans le bras et l'épaule. Afin de calmer ces douleurs, il prend pendant quinze jours consécutifs 0 gr. 03 de dionine en une fois chaque jour ; on n'augmente jamais la dose quotidienne. Comme non-seulement les douleurs ne cèdent pas, mais que de plus le malade se plaint de perdre l'appétit et d'être toujours somnolent, au bout de ce temps on cesse la médication.

Observation III. — V..., Paul, 31 ans, entre à l'hôpital pour une pneumonie au début ; le point de côté est violent ; la toux très pénible ; la respiration fréquente ; l'expectoration difficile. De plus, le malade ne dort pas.

Contre tous ces symptômes on lui donne, le soir, XX gouttes de la solution de dionine, et un soulagement manifeste survient pour quatre heures environ. On continue la médication pendant trois jours, au bout de ce temps le point de côté a disparu ; la toux a diminué, la respiration est devenue plus facile, l'expectoration se fait sans grands efforts ; seule, l'insomnie reste aussi complète.

Observation IV. — M..., Félix, 42 ans, entre à l'hôpital pour une amyotrophie progressive des membres que l'on diagnostique d'origine myélopathique. Ses jambes sont, en outre, le siège de douleurs continues, prodromiques de l'invasion des muscles par l'atrophie. On a recours, pour la soulager, à la dionine ; une pastille de 0 gr. 03 lui est donnée chaque jour, pendant huit jours. Et il en retire de bons effets, en ce sens que leur continuité s'efface et cède dans les quelques heures qui suivent l'administration de la dionine.

Observation V. — J..., Edmond, 40 ans, est un artérioscléreux qui souffre de névralgies intercostales. On lui administre plusieurs jours consécutifs vingt gouttes de la solution de dionine. Les douleurs sont calmées dès le premier jour, pour presque vingt-quatre heures et le malade se voit soulagé ensuite pendant toute la durée du traitement.

Observation VI. — G..., Edouard, est un tabétique, qui présente, en alternant, tantôt des douleurs fulgurantes dans les membres, tantôt des crises gastriques des plus pénibles, et est rarement sans souffrir. Cet état quasi permanent de souffrances lui a fait contracter l'usage de la morphine ; il n'est cependant qu'un petit morphinomane. Encore son morphinisme a-t-il cédé à l'emploi de l'héroïne.

Dans le but d'essais comparatifs ; on lui remplace son héroïne à son insu, et on lui administre plusieurs jours consécutifs XX gouttes de dionine ; dès le premier soir le malade déclare qu'il est beaucoup moins soulagé avec le nouveau médicament, et il réclame de l'héroïne. Les jours suivants, il persiste dans son opinion et nous devons suspendre la dionine.

Les observations ci-dessus ne sont pas assez nombreuses pour qu'on puisse en toute sincérité en tirer de véritables conclusions. Nous pouvons cependant nous demander, puisque dans tous les cas observés ce n'est pas une seule dose isolée de 3 centigrammes, mais des doses de 3 centigrammes répétées huit jours et plus consécutifs, que nous avons donnés, si vraiment la dionine est un bon analgésique, sur lequel le médecin peut compter, agissant presque à coup sûr.

Nous devons à la vérité de dire qu'il nous a semblé que non. Passons en effet en revue les résultats obtenus.

Il nous faudra, d'abord, sous peine de paraître ignorer l'évolution des crises gastriques du tabes et de la pneumonie, ne pas faire fonds sur les observations I et III. Les crises gastriques des tabes ont en effet pour caractère d'être fugaces, irrégulières. Le point de côté, dans la pneumonie d'autre part, s'atténue spontanément et tend à disparaître dès le troisième jour. On conviendra donc qu'on ne peut déterminer quelle a été l'influence de la dionine dans ces deux cas. Quant aux quatre autres malades qui éprouvaient des douleurs de nature et d'origines diverses : névralgie par compression d'un nerf (obs. II), névrite (obs. IV), névralgie essentielle (obs. V), douleurs psychiques (obs. VI), ils ont été soulagés par la dionine ; mais le soulagement obtenu a eu des degrés : à peine accusé dans l'obs. II, il a été, au contraire, complet dans l'obs. V ; accentué dans l'obs. IV, il a été faible dans l'obs. VI. Il résulterait dans ces six observations que c'est uniquement dans le cas de névralgie intercostale que plein et durable soulagement a été obtenu. Certes, le succès de la dionine contre la douleur ne paraît pas être bien éclatant, il fut cependant assez marqué dans la névralgie intercostale pour nous prémunir contre l'injustice de proclamer que la dionine est sans valeur.

Sur les autres points mis en lumière par les précédents expérimentateurs, nous signalerons que si l'action hypnotique ne fut pas obtenue chez le pneumonique qu'il soulageait d'ailleurs, cependant chez ce même pneumonique l'expectoration ne fut pas le moins du monde entravée, comme l'aurait fait la morphine.

Il se dégage donc de nos observations ce fait : que la dionine est assez peu analgésique, l'est moins que la morphine, s'il fallait établir une comparaison, mais que son action sur le système respiratoire est manifeste.

Quant aux phénomènes secondaires à l'administration de ce médicament, nous ne les avons observés qu'une seule fois sur six, sous forme de perte de l'appétit, abattement et torpeur cérébrale ; nous voilà, sur ce point, d'accord avec nos devanciers, il y a très peu d'ennuis à l'employer.

Il est, pour terminer, un sérieux avantage que l'on doit reconnaître à la dionine, c'est que le traitement ne détermine pas d'accoutumance. On a remarqué que les doses utiles de dionine sont triples de celles de la morphine : trois centigrammes sont la dose quotidienne conseillée par Schroeder, que nous avons suivie. Répétons que cette dose a été uniformément donnée à tous les malades qui font le sujet des observations publiées et qu'ils l'ont absorbé huit et quinze jours consécutifs. Or, la suppression de cette dose a toujours été brusque sans qu'il survienne le moindre incident digne d'être noté ; le besoin de cette prise quotidienne ne s'imposait pas non plus aux malades, comme au bout de huit et dix jours, la chose survient chez les malades traités par la morphine : la nécessité de l'augmentation de la dose pour le même effet ne se faisait pas davantage sentir.

Fausse coxalgie de croissance

par le docteur **Lambret**,
Professeur agrégé, chargé du cours de médecine opératoire à la Faculté.

« Fièvre de croissance » est une expression très connue dans le public ; elle fait partie de ces dénominations à nous léguées par la tradition et dont le médecin, il faut le dire, est parfois heureux de se servir parce que, grâce à un terme d'usage courant et à la portée de tous, il peut dissimuler les hésitations d'un diagnostic qu'il n'est pas toujours possible de faire d'emblée. Pour ce qui est de la fièvre de crois-

sance, il est évident que l'expression est en partie justifiée parce qu'elle répond à un certain nombre d'accidents osseux et d'états fébriles observés seulement pendant l'enfance et l'adolescence et dont le malade sort généralement avec un allongement de la taille. Toutefois jusqu'en ces dernières années ce qu'on appelait fièvre de croissance ne répondait pas à des manifestations pathologiques aussi nettes et englobait toutes les pyrexies des enfants et des adolescents. Ce fut le mérite de Bouilly de montrer que les symptômes qui accompagnent la croissance exagérée ont un point de départ osseux.

Or, il en est de la fièvre de croissance comme de la fièvre de lait, la croissance à elle seule ne donne pas plus la fièvre que la montée de lait physiologique ; c'est pourquoi de toutes les théories explicatives qui ont vu le jour et que nous n'envisagerons pas ici, il ne subsiste plus guère à notre avis, comme possible aujourd'hui que la théorie infectieuse qui fait de la fièvre de croissance une forme très atténuée de l'ostéomyélite. Mais la preuve par l'autopsie ne peut être faite puisque les malades guérissent, aussi ne peut-on répondre sans réplique à ceux qui admettent qu'il s'agit simplement d'une hypérémie juxtaépiphysaire d'ordre physiologique n'ayant rien à voir avec les microbes. En tout cas, cette distinction théorique et anatomopathologique n'est pas vérifiable et n'importe d'ailleurs pas beaucoup en clinique.

On peut dire que cliniquement la fièvre de croissance est caractérisée par des points douloureux juxtaépiphysaires, par des phénomènes fébriles et un accroissement rapide de la taille. Ces symptômes se manifestent uniquement chez des enfants et des adolescents qui, jusque-là bien portants, voient tout à coup leur état général s'altérer. Ces accidents se déclarent avec des différences d'intensité suffisante pour qu'il ait été possible de dégager plusieurs types, c'est ainsi que Bouilly a décrit trois formes de fièvre de croissance : la forme aiguë rapide, la forme aiguë prolongée et la forme traînante. Cette classification montre bien, sans qu'il soit nécessaire d'entrer dans de plus grands détails, que les douleurs osseuses, la fièvre et les modifications de l'état général sont susceptibles de revêtir divers aspects, et on conçoit que le tableau clinique puisse être très variable depuis la fièvre de croissance sans fièvre (Poncet), caractérisée uniquement par des douleurs osseuses jusqu'à cette forme que Poncet dénomme fièvre de croissance proprement dite et qui, par son intensité, rappelle parfois l'ostéomyélite suppurée.

C'est au niveau des épiphyses les plus fertiles qu'on trouve les points douloureux dont les lieux d'élection sont par ordre de fréquence l'extrémité inférieure du fémur, l'extrémité supérieure de l'humérus, l'extrémité supérieure du tibia, l'extrémité inférieure de l'humérus, le col du fémur. On conçoit que lorsqu'un cartilage d'accroissement est intraarticulaire son inflammation puisse retentir sur une articulation et devenir ainsi le point de départ d'une variété spéciale d'arthrite. C'est ce qui se passe en particulier pour l'articulation de la hanche. Celle-ci renferme quatre points d'ossification, trois appartiennent à l'os coxal, le quatrième au fémur ; les trois premiers forment le fond de la cavité cotyloïde réunis par un cartilage en Y dont les branches sont constituées par la réunion du pubis, de l'ischion et de l'ilion ; le quatrième est situé entre la tête et le col du fémur. Ces quatre points sont donc complètement intraarticulaires ; il est clair que leur inflammation doive retentir sur l'articulation, de là le groupement possible d'un certain nombre de symptômes rappelant le début de la coxalgie et qui sont d'ailleurs presque toujours mis sur le compte de cette dernière. En voici un exemple :

Observation. — Il s'agit d'un jeune écolier, É. B..., 14 ans, bien portant et vigoureux, sans antécédents héréditaires ni personnels, auprès duquel je fus appelé le 13 mars 1902 : Quinze jours auparavant, à la fin d'une récréation, il ressentit tout à coup une douleur dans la hanche gauche ; d'abord peu vive, cette douleur s'accentua le lendemain et gagna le genou si bien que le surlendemain le jeune homme alla à la visite du médecin de son pensionnat. Celui-ci conseilla au malade de rentrer dans sa famille pour s'y soigner. En arrivant chez lui le malade se coucha mais les accidents douloureux ne se calmant pas, je fus prié de l'examiner.

En voyant le malade étendu sur son lit, je fus tout d'abord frappé par l'attitude du membre inférieur gauche. Celui-ci présentait un allongement apparent d'au moins trois centimètres, l'épine iliaque antérieure et supérieure étant abaissée d'autant ; en outre le membre était en abduction légère et aussi en flexion car l'ensellure lombaire était suffisante pour permettre de passer facilement la main, bref c'était là l'attitude classique d'une coxalgie au début. La pression sur la tête fémorale au niveau du triangle de Scarpa éveillait de la douleur ainsi que la percussion sur le grand trochanter.

Les mouvements spontanés de l'articulation de la hanche étaient nuls ; les mouvements communiqués très douloureux et à peu près impossibles, car ausitôt

la contracture musculaire entrait en jeu et le bassin se mouvait tout entier.

L'examen du genou ne me révéla rien d'anormal, mais il y avait un point douloureux très net en dedans et au-dessus de l'articulation au niveau de l'extrémité inférieure du fémur ; ce point douloureux existait également à droite.

Pas de ganglions, pas d'atrophie musculaire. Température 37,3. Rien aux autres organes.

Bien qu'un peu à regret, mais entraîné par les signes si nets et si classiques que j'observais au niveau de la hanche, je posai le diagnostic de coxalgie tuberculeuse et appliquai dès le lendemain le traitement suivant : réduction sous chloroforme, pointes de feu au niveau de l'articulation de la hanche, grand appareil plâtré. Le malade fut maintenu au lit pendant six semaines, après quoi, malgré que l'appareil fût bien supporté, je l'enlevai pour me rendre compte de l'état des parties ; je fus alors absolument surpris de constater une guérison complète, les douleurs avaient totalement disparu, la déformation du membre n'existait plus et les mouvements de la hanche étaient possibles dans toute leur amplitude. Quelques jours plus tard le malade se levait et depuis lors il marche et marcherait autant qu'auparavant si on ne le modérait pas. Les parents affirment qu'il a beaucoup grandi pendant ces six semaines, mais c'est une simple appréciation de l'entourage, car nous n'avons pas fait de mensuration.

En tous cas, il est bien évident qu'il ne s'agissait pas là de tuberculose.

J'ai également observé dernièrement un malade de la clientèle du Docteur Deleneuville, de Wavrin, qui a guéri en trois mois d'appareil une affection que je crois être une coxalgie, bien que la rapidité de la guérison puisse permettre d'élever quelques doutes sur sa nature tuberculeuse.

Il s'agissait encore d'un jeune et vigoureux paysan d'une quinzaine d'années, sans aucun antécédent héréditaire ni personnel, qui présentait les signes d'une coxalgie au début ; douleurs, attitude vicieuse le membre étant en flexion et abduction et présentent un allongement apparent. Sous chloroforme, je parvins à faire une réduction à peu près complète ; au bout de trois mois, le malade très indocile et qui ne souffrait plus, réclama énergiquement la suppression de tout appareil et se mit à marcher ; localement d'ailleurs on ne trouvait plus aucun symptôme douloureux mais il y avait une ankylose presque totale, ce qui d'ailleurs peut tout aussi bien être le résultat d'une arthrite non tuberculeuse.

Cette observation, sans être aussi nette que la précédente, n'est pas sans me laisser quelques doutes, car en somme, les antécédents et la santé florissante du malade prêchent peu en faveur de la tuberculose, aussi ne suis-je pas loin de croire qu'il s'agissait plutôt d'une arthrite consécutive à une inflammation du cartilage juxtaépiphysaire de la tête du fémur.

Il est très important d'appeler l'attention sur ces faits dont on n'a encore publié qu'un petit nombre d'observations. Desfosses, dans une thèse récente, en a réuni quinze cas, mais leur analyse ne lui a pas permis de dégager une forme-type dans laquelle on pourrait faire rentrer tous les cas possibles ; cela tient à ce que dans les observations publiées où on retrouve un symptôme coxalgique atténué et disparu en très peu de temps on n'a pas souvent pensé à une localisation possible de la fièvre de croissance et on a négligé de signaler et de rechercher différents signes qui auraient pu mettre sur la voie du diagnostic. D'une façon générale, on peut dire que le début de l'affection se fait brusquement souvent à la suite d'une fatigue quelconque ou après un refroidissement. Avec ou sans phénomènes fébriles peu marqués quand ils existent, apparaît une douleur au niveau de la hanche, tandis que d'autres manifestations douloureuses se manifestent en divers points du squelette. Cette douleur varie avec les individus, dans certains cas très vive et immobilisant l'articulation ; dans d'autres (comme dans le nôtre) beaucoup moins aiguë et permettant au malade de marcher pendant quelques jours. La palpation, la pression, la percussion le réveillent et l'exagèrent au niveau du triangle de Scarpa. Elle ne s'accompagne ni de rougeur ni de tuméfaction de la région.

L'examen de l'articulation montre que ses mouvements sont ou très limités ou tout-à-fait impossibles à cause des contractures musculaires qui l'immobilisent d'où, on l'a vu par notre observation, la possibilité d'attitudes vicieuses du membre.

En somme, ces symptômes n'ont rien de caractéristique et sont aussi bien le fait de la coxalgie. Il en est de même des modifications de l'état général et des petits accès fébriles plus ou moins momentanés. Mais un signe qui acquiert, lorsqu'on le découvre, une grande valeur diagnostique, c'est l'existence de douleurs en différents points du squelette. Ces douleurs présentent très atténués les mêmes caractères que celles de la hanche, elles sont exagérées par la pression, mais il faut les rechercher avec soin car, comme l'écrit Desfosses « les petits malades ne les accusent pas spontanément, ils se plaignent ordinairement d'une grande lassitude, d'une sensation de courbature générale, de meurtrissures dans les mus-

cles, au niveau des articulations et le long du rachis, mais ils ne localisent pas la douleur à la pression que démontre un examen direct. »

Cet état peut d'ailleurs être tout à fait transitoire et durer comme dans notre cas, à peine deux jours. Il en est de même de la fièvre qui ordinairement n'existe pas ou ne fait qu'une apparition de peu de durée et passe alors inaperçue.

Enfin au bout de quelques semaines, on constate ordinairement un accroissement de la taille ; dans certaines observations cet accroissement a été remarquable : 8 centimètres en deux mois (Bouilly), 15 centimètres en deux mois (Auboyer), 50 à 60 centimètres en six mois (Regner). Ce sont là à la vérité des cas exceptionnels ; le plus souvent, c'est la famille et l'entourage qui insistent sur ce fait que l'enfant a beaucoup grandi, mais sans pouvoir préciser autrement la quantité de centimètres gagnés qui n'excède pas ordinairement deux à trois centimètres. Ce signe est à peu près constant, mais il a au point de vue du diagnostic l'inconvénient de ne pouvoir être constaté qu'un peu tardivement. Il faut bien dire en outre qu'il appartient également à presque toutes les affections fébriles de l'enfance dont il est rare qu'un jeune malade ne se relève pas sensiblement grandi.

Le diagnostic, si on en juge par la lecture des observations, ne laisse pas d'être embarrassant et de s'égarer souvent ; évidemment il est possible d'éliminer toute idée d'ostéomyélite, la fièvre à grandes oscillations, les troubles profonds de l'état général, la tuméfaction, etc., qui accompagnent cette dernière, n'ayant rien à voir avec les faits qui nous occupent.

Mais le diagnostic d'avec certaines formes de coxalgie tuberculeuse sera souvent moins facile ; bien entendu il ne s'agit pas ici des coxalgies qui se présentent avec leur physionomie typique chez des enfants souffreteux et malingres à hérédité lourde ; mais à côté, il existe des coxalgies à marche lente et dans lesquelles, non seulement la suppuration ne se fait pas, mais le gonflement est lent et difficile à déceler ; ces formes frustes de coxo-tuberculose n'altèrent que très peu l'état général, et dans ces cas là, seule l'évolution de la maladie est susceptible de nous renseigner sur sa nature ; car, il semble qu'on puisse ériger en principe qu'une guérison qui se fait en quelques semaines, permet d'éliminer toute idée de tuberculose.

Bien entendu c'est une opinion qui est destinée à rester dépourvue du contrôle anatomique et qui par ce fait même prêtera toujours à la discussion, car « si le sujet guérit complètement, on pourra dire plus tard qu'il a résisté à l'infection bacillaire » et, s'il se fait dans la suite une coxalgie tuberculeuse, on n'osera plus soutenir qu'il s'agissait d'une fausse coxalgie, bien qu'on puisse dire que cette dernière, comme l'ostéomyélite aiguë, favorise l'infection tuberculeuse » (Desfosses).

Quoi qu'il en soit, il est préférable de faire une erreur de diagnostic et d instituer le traitement comme s'il s'agissait d'une coxalgie tuberculeuse ; le malade ne peut qu'en retirer grand profit, car le pronostic de la fausse coxalgie de croissance bien traitée devient bénin, sa marche la conduit à la guérison et en quelques semaines, tous les symptômes disparaissent et l'enfant peut recommencer à marcher comme auparavant. Ce n'est que dans des cas très rares et tout à fait malheureux, qu'on pourra observer une ankylose plus ou moins complète ou la production d'hyperostoses, d'épaississements osseux, susceptibles de gêner les mouvements articulaires. On ordonnera donc le séjour au lit de façon à mettre l'articulation de la hanche au repos, et dans les cas simples cela est suffisant pour amener rapidement la réparation de lésions osseuses très minimes ; il va sans dire que si des contractures musculaires fixaient le membre en attitude vicieuse, un appareil plâtré ou silicaté, maintiendrait la réduction obtenue sous chloroforme et assurerait une guérison en bonne position. Ajoutons que la constatation de cette guérison sera toujours une agréable surprise pour le praticien qui avait diagnostiqué une manifestation tuberculeuse.

Observation de folie syphilitique à forme de folie paralytique guérie

Par les docteurs
P. Kéraval, Directeur médecin en chef ET P. Caudron, Interne
à l'Asile d'Armentières.

L'évidence des faits de ce genre n'est pas tellement fréquente que nous croyions devoir nous dispenser de communiquer le résumé de l'observation suivante, nous réservant dans un travail ultérieur de publier une étude plus complète de la question.

B C..., 41 ans, entre à l'Asile, le 19 juillet 1901. Ses antécédents héréditaires sont totalement inconnus. Comme antécédents personnels, on doit signaler : le

surmenage, l'alcoolisme, la syphilis à une date que le malade lui-même n'a pu préciser plus tard. Il dormait peu, de deux à quatre heures du matin, buvait du « champagne coupé de cognac ».

Quelque temps avant son entrée à l'asile, le 26 mai et le 7 juin, il avait eu des attaques, qui, d'après ses explications, paraissent être de nature épileptiforme.

Le 17 juillet, après avoir perdu la forte somme dans un casino, il s'excite, se déshabille complètement, se fait conduire au poste de police et arrive le 19 juillet à l'établissement.

A son entrée, malade excité, présentant des idées absurdes de grandeur et de satisfaction : Dieu l'a choisi pour le remplacer, il va se marier avec une divinité dans la journée même et leurs âmes iront faire leur voyage de noces au Pôle Nord. Tous les souverains du monde doivent venir avec trente-trois navires de guerre pour le saluer. Il n'a pas d'argent, parce qu'il est Dieu et qu'en cette qualité, il n'a pas besoin d'argent pour vivre. Pour ces raisons, le temps reste au beau. La mémoire est profondément troublée ; il ne sait où il est, même pas d'où il vient, ignore la date, en un mot les notions de temps et de lieu sont abolies.

Les signes physiques observés chez ce malade sont les suivants : Inégalité pupillaire assez accentuée en faveur de la pupille droite. Réflexes à la lumière et à l'accommodation diminués. Léger embarras de la parole ; tremblement fibrillaire de la langue et des mains ; réflexe rotulien aboli ; athérome artériel assez accentué. Affaiblissement du système musculaire.

Le certificat de vingt-quatre heures fut rédigé suivant les données fournies par l'examen mental et physique. Il les résume ainsi : « violente agitation » maniaque avec idées délirantes de grandeur et » d'ambition qui paraissent en rapport avec des » lésions organiques du cerveau ».

Du 19 au 26 juillet, le malade peut rester à moitié tranquille à la pension de l'Asile. Toutefois, dès son entrée, on lui administre 2 gr. de chloral par jour. Le 27 juillet, il est tellement excité qu'on doit l'aliter à l'infirmerie ; sous l'influence de vingt-quatre heures de repos au lit, il se calme et le lendemain, 28, il rentre dans son pavillon, moins excité.

Du 28 juillet au 15 août, le calme paraît continuer ; sous l'influence du chloral et du bromure de potassium (2 gr. de chaque), le malade repose mieux la nuit, mais les idées délirantes persistent toujours, il écrit lettres sur lettres au paradis, à la divinité qu'il doit épouser.

L'agitation, qui paraissait avoir cédé un peu, reprend plus violente le 16 août. Repos au lit du 16 au 23, avec administration de chloral. Il peut rentrer à la pension le 30 août ; assez calme pour ne pas violenter les malades qui l'entourent.

Le 10 septembre, le malade, toujours désorienté, confus, ne se rendant pas un compte exact des choses et des personnes qui l'entourent, se plaint d'avoir des « boutons » sur les mollets et les pieds. Ces boutons n'étaient autres que des syphilides papuleuses et papulo érosives de la grandeur d'une pièce de 50 centimes à une pièce de 5 francs. Iodure de potassium, 2 gr. et application sur ces plaies de Vigo et d'onguent mercuriel.

Les syphilides ne rétrocèdent pas et paraissent plutôt, le malade est dans un état de santé plutôt précaire, malgré l'administation de l'iodure, et augmentées le 6 novembre, on se décide à faire des injections intra-musculaires de deux centigrammes de sublimé :

Sublimé corrosif.....	0 gr. 20 centig.
Eau distillée.........	70 grammes
Glycérine	38 grammes

On se sert de la seringue de Le Pileur.

L'iodure n'ayant pas agi, on le supprime. Les injections sont faites quotidiennement jusqu'au 21 novembre, jour où on observe quelques traces de gingivite qui cède d'ailleurs bientôt sous l'influence d'une potion de deux grammes de chlorate de potasse.

Jusqu'au 30 novembre, injections de sublimé tous les deux jours seulement. Les syphilides sont en voie de guérison, elles rétrocèdent de plus en plus et le 14 janvier suivant, le malade peut se dire guéri de cette poussée de syphilis tertiaire. Les facultés intellectuelles sont affaiblies, le malade est hébété, confus, il paraît plutôt déprimé. On continue, pour assurer la guérison, à donner de l'iodure.

Le 4 février, le malade redevient excité et, jusqu'au 24 du même mois, on lui administre deux grammes de chloral.

Le 6 mars, les syphilides tendent, malgré l'iodure donné jusqu'au 26 février, à récidiver ; les injections intra-musculaires de sublimé les améliorent rapidement. Le malade, notablement mieux au point de vue mental, peut se gargariser avec une solution de chlorate de potasse et, de ce fait, écarter la gingivite qui s'était produite lors de la première série de ces injections.

Le 15 mars, il est en très bonne voie de guérison, les gommes sont de nouveaux cicatrisées ; l'état mental redevient meilleur. L'examen du fond de l'œil pratiqué vers le 25 mars prouve qu'il n'existe aucune lésion de la papille.

Jusqu'au 30 août, date de la sortie, plus rien à noter au point de vue mental et physique et B... sort guéri de l'asile.

Avant son départ, on lui explique la nature de la maladie dont il a été atteint et dont il se rend parfaitement compte. On lui recommande de consulter son médecin de temps à autre afin que la syphilis soit pourchassée aussi longtemps que cela sera nécessaire.

Au commencement d'octobre, B... est revenu à l'établissement, non en qualité de malade, mais pour affaires ; il ne présentait plus aucun signe, ni psychique, ni physique de sa maladie.

Un mode inconnu ou peu connu de cathétérisme uréthral chez la femme

par le docteur **L. Julien**, de Tourcoing.

C'est un moyen bien simple, et qui vient de me rendre un grand service : je veux le faire connaître à

mes confrères qui l'ignoreraient, persuadé qu'il peut, dans les mêmes circonstances, leur être utile.

Je suis appelé à quelques kilomètres de chez moi, loin du centre de la ville :

Un de ces taudis infects, foyers de tuberculose mille fois plus que les crachats de vieux phtisiques, lancés dans l'espace, au grand air, au grand soleil.

Une femme est là qui geint, couchée sur un grabat, se tordant de douleurs, les cuisses en l'air. A ses côtés, son mari compatissant, timide et embarrassé, comme s'il se sentait un peu responsable du mal dont se plaint sa moitié.

Qu'y a t-il ! — La femme a fait une perte la veille, et elle n'a pas uriné depuis. Je constate, en effet, que la vessie remonte jusque l'ombilic. Mais le diable m'emporte ! je m'aperçois que j'ai oublié ma trousse !

Que faire ? Je ne puis pourtant pas parcourir de nouveau les quelques kilomètres, que je viens de tirer à pied, et revenir encore ! Il est impossible de laisser cette malheureuse plus longtemps dans la souffrance ! « Celui qui pisse bien ne connaît pas son bonheur ! » Cette parole de GUYON me revient, et je songe combien est terrible la rétention d'urine !

Alors, mon idée s'envole, rapide, vers le tube creux qui pourrait bien remplacer la sonde classique ! Il n'y a rien à espérer dans la masure ! — Mais j'ai trouvé ! — Une pipe ! – Je sais que dans le plus petit cabaret, il y a toujours sur la verrière, dans une grande chope, s'épanouissant en une gerbe ouverte, une dizaine de pipes en terre, les pipes d'Onnaing, à cinq centimes. Le mari court, en rapporte une. Cinq minutes d'ébullition pour l'asepsie. Le léger renflement de l'extrémité du tuyau facilite l'introduction dans la vessie.

L'urine s'écoule : un bol, deux bols, trois bols, quinze cents grammes ! Et en même temps que le ventre se dégonfle, la malade, rayonnante, se confond en remerciements. Et le mari se joint à elle, joyeux, puis subitement devenu goguenard, comme le paysan, dont la vache vient de terminer heureusement un accouchement laborieux : « Sans compter, s'écrie-t-il, que la pipe ne sera seulement pas perdue, car je suis un sacré fumeur, et peut-être bien que celle-là sera plus facile à culotter ! »

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 24 Octobre 1902

Présidence de M. DUTILLEUL, président

Résultats éloignés d'une ostéopériostite du péroné

M. Drucbert présente un malade âgé de onze ans, qui, à l'âge de trois ans, fut atteint d'une ostéopériostite du péroné. A cette époque deux incisions furent faites, l'une à la partie moyenne de la jambe, l'autre un peu au-dessus de la malléole externe. Un fragment récusé de péroné, long de dix centimètres, fut éliminé par un de ces orifices. Peu à peu la suppuration se tarit et actuellement tout phénomène inflammatoire est disparu depuis longtemps. Mais avec la croissance du membre des désordres d'un nouveau genre sont apparus ; tandis que le tibia continuait à se développer normalement, le péroné s'est accru beaucoup moins rapidement, en sorte que le pied se trouve actuellement fortement dévié en dehors, étant d'une part retenu par le péroné trop court, d'autre part poussé par le tibia. Les radiographies dues à l'obligeance de M. BÉDART montrent que le péroné est resté très aminci ; de plus, au-dessus de la malléole externe se trouve un espace d'environ cinq centimètres où l'os est remplacé par un cordon fibreux. Peut-être la section de cette bride fibreuse et une ostéotomie du tibia permettraient-elles de rendre au pied sa direction normale.

M. Le Fort fait observer que le malade est dans les mêmes conditions que s'il avait une luxation ancienne. La question d'intervention est difficile à résoudre et il y a lieu d'observer ce garçon avant d'agir. Une intervention sur le péroné seul ne donnera rien : d'autre part, en s'abstenant, on verra survenir une aggravation. Le mieux serait de faire une résection en cherchant l'ankylose. L'arthrodèse ne serait peut-être pas une mauvaise solution.

M. Charmeil dit que la gravité du cas réside dans la croissance du sujet ; une résection de 2 ou 3 cent. du tibia chez l'adulte rétablirait l'équilibre. Ici, on pourrait la pratiquer au-dessus du cartilage de conjugaison. Le mieux semble être un appareil orthopédique à tuteur externe.

Absence d'éruption chez une varioleuse au niveau d'une région couverte d'un pansement

M. **Brassart** rapporte que le 5 août 1902, une jeune femme de 18 ans, non revaccinée, entrait au pavillon des varioleuses. Elle venait d'un service de chirurgie où elle était soignée pour une tumeur blanche du cou-de-pied. Elle fit une variole confluente qui entraîna la mort au douzième jour. Or, cette malade avait un pansement composé de gaze iodoformée et d'ouate. Les pustules varioliques furent très serrées sur tout le corps et cependant il

n'y en eut aucune au niveau de ce pansement, ainsi qu'on peut le voir sur une photographie.

Il est difficile de s'expliquer un pareil fait. Si la transformation purulente des vésicules de la variole étaient due à des pyogènes vulgaires, on pourrait croire que l'asepsie cutanée empêche cette transformation. Mais on n'ignore pas que la variole est une pyémie spécifique à détermination cutanée. L'organisme expulse le parasite par la peau : des papules se produisent et leur suppuration est l'œuvre de l'agent spécifique (ROGER). Cela est si vrai que bien des fois les pustules ne contiennent aucune bactérie. Si on en trouve, elles sont là à titre d'infection secondaire. (ROGER). On ne se rend donc pas compte qu'un pansement antiseptique ait pu enrayer la marche ordinaire de l'éruption. D'ailleurs, MM. BRASSART et TACONNET ont fait des pansements similaires chez des varioleux au début, sans autre résultat qu'une évolution moins rapide des éléments éruptifs et une purulence moindre, mais sans enrayer la pustulation. Le présent cas est donc exceptionnel et difficile à interpréter.

M. **Ausset** dit que cette observation est absolument l'inverse de ce qu'ont vu M. CHARMEIL et d'autres auteurs, en ce qui regarde les processus éruptifs au niveau des régions cutanées irritées.

M. **Charmeil** répond que les cas ne sont pas comparables. Il a vu les syphilides siéger surtout en des points irrités, mais c'est là affaire de vaso-motricité et non d'infection locale. Ici, l'iodoforme, qui a stérilisé la peau, a pu empêcher l'infection secondaire des pustules par des streptocoques ou des staphylocoques, sans qu'on s'explique pourquoi il a empêché la pustulation même.

M. **Ausset** dit que non seulement la pustulation a été enrayée, mais qu'il n'y a même pas eu trace d'éruption. Les macules n'ont pas apparu, alors qu'elles auraient dû être plus nombreuses qu'ailleurs au niveau de cette région irritée, comme M. CHARMEIL l'a vu en ce qui concerne la syphilis.

M. **Combemale** fait remarquer que les irritations localisées amènent une éruption variolique plus marquée : celle-ci est très accentuée aux points de pression du corset, des jarretières, etc. Dans le présent fait, il y a eu au contraire protection de la peau. Les choses sont donc en opposition. Quant à une explication, on n'en voit pas de plausible.

M. **Charmeil** dit que M. AUSSET veut probablement parler de ce qu'il a publié avec BOULOGNE sur la moindre confluence de la rougeole du côté paralysé dans l'hémiplégie spasmodique infantile. Dans la syphilis, l'éruption est au contraire appelée au niveau des points irrités et M. BERTIN vient de voir une roséole localisée au niveau d'éléments récents de vaccine.

M. **Ausset** répond que dans l'observation de tumeur blanche que vient de rapporter M. BRASSART, il y avait plaie, et irritation, par conséquent. Cette tumeur blanche avec plaie aurait dû appeler l'éruption et il semble que ce qui s'est passé pour cette affection chirurgicale soit en opposition avec ce qu'a publié M. CHARMEIL concernant la localisation de la syphilis aux points irrités.

M. **Brassart** rapporte, à l'appui de l'opinion de M. CHARMEIL sur l'hémyplégie infantile et les éruptions, le cou d'un malade chez lequel la variole est une éruption fort atténuée au niveau du membre inférieur droit, côté où le sciatique avait été réséqué.

Kyste dermoïde du plancher de la bouche

M. **Le Fort** présente un kyste dermoïde qui faisait saillie dans le plancher de la bouche et qu'on a enlevé par cette voie. M. BERGER dit que ces tumeurs saillantes semblent devoir être opérées par voie sous-mentale. Ici, on aurait eu de grosses difficultés. L'énucléation par la bouche a été très facile. La tumeur adhérait comme d'ordinaire aux apophyses geni. Elle était pleine de mastic et de 40 à 50 gr. de liquide clair. Ce mastic avait modelé la tumeur : elle comprenait une partie renflée entre les génio-glosses et une autre entre les génio-hyoïdiens. Le diagnostic fut fait au cours de l'opération, car on voyait à la surface le conduit de WHARTON donnant un jet de salive, ce qui prouvait qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur née aux dépens de glandes salivaires. MM. CURTIS et GONTIER ont constaté histologiquement la structure du kyste dermoïde.

M. Ern. **Gérard** a examiné le liquide du kyste. Il ne contenait pas de salive. Le mastic était peu épais et jaunâtre, soluble dans le chloroforme. C'était une matière grasse, cireuse, contenant des cellules en dégénérescence graisseuse. Le liquide contenait de la sérine, de la globuline, des chlorures, des phosphates : c'est un liquide sans ptyaline, voisin de la sérosité de l'œdème.

Choix d'un procedé rapide de recherche pour l'urobiline

M. Ern. Gérard. — Bien que d'après les travaux de MM. GILBERT et HERSCHER l'urobiline ne puisse plus être considérée comme un symptôme d'insuffisance hépatique, il n'en est pas moins un signe révélateur de la cholémie. De plus, la présence dans certains cas pathologiques (maladies fébriles aiguës, fièvre intermittente de l'urobiline, grossesse avec mort du fœtus, etc.), justifie l'importance de sa recherche au point de vue clinique.

En outre de la méthode spectroscopique d'un emploi peu facile en clinique et souvent d'une pratique peu aisée pour ceux qui n'ont pas l'habitude de ces sortes de recherches, on a donné de nombreux procédés chimiques que nous avons successivement soumis à l'expérimentation. A notre avis, le moyen le plus simple et en même temps le plus rapide pour mettre l'urobiline en évidence, de dimi-

nuer l'excès d'urobiline, c'est la méthode de MM. ROMAN et DELLUC qui consiste à agiter dans une ampoule à robinet 100 cent. cubes d'urine, acidifiés par 8 à 10 gouttes d'acide chlorhydrique, avec 20 cent. cubes de chloroforme. Après repos, on décante 2 à 3 cent. cubes de la solution chloroformique que l'on additionne de 4 à 6 cent. cubes d'une solution alcoolique d'acétate de zinc (Acétate de zinc cristallisé 0 gr. 10 ; alcool à 95°, 100 cent. cubes).

On observe dans le cas d'urobilinurie, à la surface de séparation des deux solutions, un anneau vert caractéristique en regardant par réflection sur un fond noir ; en agitant, la fluorescence se répand dans tout le liquide qui, vu par réflection, est coloré en rose.

M. **Charmeil** demande ce que donne le procédé appliqué aux urines de sujets sains.

M. **Gérard** dit qu'on n'obtient presque rien, puisque d'ailleurs il fallait employer le spectroscope pour en déceler des traces dans ces cas.

M. **Combemale** demande si le procédé est assez rapide pour être employé au lit du malade.

M. **Gérard** répond qu'il n'exige pas plus d'un quart d'heure.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Glossaire médical, 9.500 mots, noms ou expressions, 426 figures et 5 cartes par MM. LANDOUZY, professeur de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris, et JAYLE, chef de clinique gynécologique.

Loin des bibliothèques et des grandes collections bibliographiques, il est d'un singulier avantage pour les médecins d'avoir à portée de la main, en tous temps et en tous lieux, sous une forme aussi peu encombrante que possible, un recueil qui les tire d'embarras et d'incertitude en leur évitant l'insipide besogne de feuilleter livres et mémoires avant de trouver la définition d'un mot ou d'une appellation, la description d'une opération, la composition d'un nouveau médicament.

Ce travail, les confrères et les étudiants le trouveront tout fait par les auteurs de ce glossaire, auquel on peut appliquer, en la modifiant légèrement, la phrase de FURETIÈRE sur les dictionnaires : « Il n'y a point de livres qui rendent de plus grands services ni plus promptement, ni à plus de gens que les glossaires. »

N'étant pas un dictionnaire, c'est-à-dire un recueil donnant avec leur nomenclature la définition et la description de tous les termes usités en médecine, mais simplement un glossaire, ce livre indique :

a) Les *expressions médicales* courantes ayant trait à l'anatomie, à la physiologie, à la médecine, à la chirurgie, à la physique, à la chimie appliquée, à la Matière médicale, etc.

b) Les *mots nouveaux* dont l'éclosion indispensable devait suivre l'avènement de l'asepsie, de l'antisepsie, de la bactériologie, de la sérothérapie, de l'opothérapie, etc.

c) Les *noms d'hommes* que l'usage applique aux maladies, aux méthodes thérapeutiques, aux procédés opératoires, aux techniques de clinique ou de laboratoire, aux instruments et aux appareils usités en médecine clinique ou en médecine expérimentale.

Le besoin de cette publication est indiscutable ; quel travailleur, étudiant ou praticien n'a pas été pris au dépourvu par la lecture d'un néologisme, d'une expression récente, d'une maladie ou signe à nom propre ? A qui n'a pas échappé l'intelligence entière d'un texte dans lequel figurait cette expression ? L'éclaircissement de ce point, le lecteur l'aura désormais sous la main. Il comprendra et parlera couramment la langue médicale actuelle.

L'actualité va cependant tellement vite en médecine en ce vingtième siècle, qu'aucune nomenclature imprimée ne peut prétendre à être parfaite ni complète ; le supplément nécessaire ne se fera certainement pas attendre. Une seconde édition, considérablement augmentée, de ce Glossaire, paraît devoir en effet ne pas tarder.

Dr F. C.

MOTS DE LA FIN

A l'hôpital militaire :

Le chirurgien est en train d'amputer le bras d'un dragon, qui pousse naturellement des cris abominables.

— Allons ! s'écrie le major, taisez-vous, mon ami... Vous avez un bras de moins, et après ?... Prenez donc votre courage à deux mains !

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le 27 octobre s'est ouvert, devant un jury composé de MM. les professeurs COMBEMALE, président ; LEMOINE, CURTIS, CHARMEIL et AUSSET, le **Concours pour un emploi de chef de clinique médicale** à la Faculté de médecine. M. le docteur VANDEPUTTE était le seul candidat inscrit.

A la composition écrite est sortie la question : *Des myocardites aiguës, myocarde.* Restaient dans l'urne : *Valvule iléocœcale, des rechutes dans la fièvre typhoïde. Péricarde ; péricardite aiguë, symptômes et anatomie pathologique. Nerf phrénique ; paralysie radiculaire du plexus brachial. Plèvre ; pleurésie séro-fibrineuse, son diagnostic.*

L'épreuve clinique, consistant en l'examen d'un malade et exposé du diagnostic, portait sur un *Aortique anémié par un récent rhumatisme.*

L'épreuve d'anatomie pathologique comportait l'examen microscopique d'un *foie cardiaque*, d'un *foie gras*, d'un *rein scléreux.*

A la suite de ce concours, M. le docteur VANDEPUTTE a été nommé chef de clinique médicale.

— Les 27 et 28 octobre ont eu lieu à la Faculté de médecine de Lille, devant un jury composé de MM. les professeurs MORELLE, GÉRARD, FOCKEU, de Lille ; BERNARD et MOYNIER DE VILLEPOIX, d'Amiens, le **Concours pour une place de professeur suppléant d'histoire naturelle** à l'Ecole préparatoire de médecine d'Amiens.

A l'épreuve écrite le sujet traité par les candidats était : *L'Appareil nerveux chez les invertébrés.* A l'épreuve orale : *les plantes vermifuges* ; ils eurent aussi à reconnaître des *plantes fraîches et sèches, des animaux, des préparations d'histologie végétale et animale.*

A la suite de très brillantes épreuves, M. le docteur HAUTEFEUILLE, licencié ès-sciences naturelles, pourvu du certificat d'études supérieures de chimie, ancien préparateur de zoologie à la Faculté des sciences, pharmacien de 1re classe, interne provisoire des hôpitaux, préparateur à l'Institut Pasteur, a été présenté par le jury. Nous lui adressons nos meilleures félicitations.

— Le **Concours pour les Bourses Nationales** a eu lieu le mardi 28 octobre. Les sujets étaient : Pour les candidats en médecine pourvus de seize inscriptions : *Les bronchopneumonies* ; *les fibromes utérins* ; pour les candidats en pharmacie pourvus de quatre inscriptions : *Microscopes simples et composés, composés oxygénés de l'azote* ; *l'amidon* ; pour les candidats en pharmacie pourvus de huit inscriptions : *Acides-alcools, les quinquinas de culture et leurs alcaloïdes.*

— Notre collègue, le professeur CARLIER, vient d'être désigné comme premier Vice-Président de l'**Association française d'urologie** pour l'année 1903 ; le professeur GUYON reste le président à vie. Nos meilleures félicitations à notre savant collègue.

Distinctions honorifiques

Instruction publique. — Ont été nommés *Officier de l'Instruction publique* : M. le docteur SILHOL, de Bourg-St-Audéol (Ardèche) ; *Officier d'Académie* : M. le docteur LAMARCHE, de Buis-les-Baronnies (Drôme).

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs RIVET, médecin principal de l'armée en retraite ; Charles CHABALIER, de Lyon (Rhône) ; FRÉBAULT, ancien député de la Seine.

OUVRAGES REÇUS

— **De la sérothérapie de la coqueluche**, par les docteurs LEURIAUX et LORTHIOIR, extraits de *la Clinique*, Bruxelles, *Pollennis-de Potter*, 1902.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

42e ET 43e SEMAINES, DU 12 AU 25 OCTOBRE 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	7
3 mois à un an	18	12
1 an à 2 ans	7	8
2 à 5 ans	11	4
5 à 10 ans	11	5
10 à 20 ans	5	7
20 à 40 ans	8	15
40 à 60 ans	22	16
60 à 80 ans	23	12
80 ans et au-dessus	6	8
Total	120	94

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	6	9	15
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	5	»	»	»	»	1	»	2	4	1	»	1	1	9	1	»	»	»	»	4	29	16
Moulins, 24,947 hab.	3	»	»	»	»	»	»	1	»	2	4	»	»	»	»	»	»	»	»	4	14	27
Wazemmes, 36,782 hab.	26	»	»	»	»	»	»	2	3	»	8	»	»	2	»	»	»	»	»	10	51	44
Vauban, 20,381 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	11	14	12
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	9	»	»	»	»	»	»	»	3	»	4	»	»	4	»	2	»	2	»	12	36	16
Esquermes 11,381 hab.	6	»	»	»	»	»	»	»	3	1	2	»	»	2	»	»	»	»	»	7	21	12
Saint-Maurice, 11,212 hab.	1	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	7	15
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	3	»	»	1	»	»	11	17	30
Canteleu, 2,836 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	2	5	7
Sud, 5,908 hab.	6	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	2	11	8
Total	58	»	»	»	1	1	»	6	19	4	21	1	1	25	1	3	1	2	»	70	214	202

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 304. Sixième Année. N° 45. Le Numéro : 10 centimes. 9 Novembre 1902

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les ilots de Langerhans (pancréas) au point de vue pathologique

par le Docteur **E. Laguesse**, professeur d'histologie à la Faculté

Rappel des données anatomo-physiologiques. — A la suite d'études sur le pancréas du mouton, du lapin, du chien, de l'homme adulte (supplicié), de l'enfant nouveau-né, et surtout d'une série d'embryons de mouton, nous avons cru pouvoir dès 1893 (*C.-R. de a Soc. de Biologie. S. du 29 juillet*) exprimer une opinion personnelle nouvelle sur les groupes cellulaires signalés dans le pancréas par LANGERHANS, relativement peu étudiés jusqu'à cette époque (1), de signification énigmatique, et que nous proposions dans cette note d'appeler provisoirement ilots de LANGERHANS.

Nous rapprochant par certains points de RENAUT, et surtout de LEWASCHEW, nous essayions de prouver que les ilots en question ne sont pas (comme beaucoup le croyaient encore) des follicules clos. Nous établissions définitivement au contraire par l'histogénie qu'ils sont de nature franchement épithéliale, puisqu'ils dérivent de l'épithélium et en conservent les caractères. D'autre part, ce ne sont pas des acini temporairement (LEWASCHEW) ou définitivement épuisés (DOGIEL), puisqu'on les trouve plus abondants que partout ailleurs chez le fœtus jeune. Ils ont la structure de glande vasculaire sanguine ; certaines de leurs cellules subissent une sorte de fonte au contact du sang ; ce ne peuvent donc être que des portions de la glande chargées de la sécrétion interne, des portions *endocrines*. Elles naissent des acini, et redeviennent acini après un certain temps. En 1894 (*C.-R. de la Société de Biol. S. du 27 octobre*) nous décrivions les ilots sur des pancréas de suppliciés. Nous attirions l'attention sur leur abondance et leur volume chez l'homme. Nous arrivions aux mêmes conclusions.

En 1895 (*C.-R. Soc. Biol. S. du 26 octobre*), nous montrions quelle doit être l'importance de la fonction des ilots, puisqu'il s'en développe une première et abondante génération chez l'embryon très jeune (ilots primaires), aux dépens des premières arborisations creuses indifférentes de l'ébauche glandulaire, ou tubes pancréatiques primitifs.

Enfin, dans un mémoire détaillé, paru dans le *Journal de l'Anatomie* (fin 1895 et commencement 1896), nous reprenions et complétions ces données, et conclusions de façon ferme en faveur de la sécré-

(1) Pour la bibliographie antérieure, voir *Journal de l'Anatomie, 1894* (Structure et développement du pancréas d'après les travaux récents).

tion interne. « Nous avons été, dès l'origine de ces recherches, frappé par un fait capital qui nous a guidé. Lorsque la cavité sécrétante se transforme en ilot, ses cellules principales perdent toute relation avec les canaux excréteurs pour en contracter de très intimes avec les vaisseaux sanguins. De là à conclure que les ilots pleins sont les organites de la sécrétion interne récemment étudiée par les physiologistes (1) et méritent le nom d'*endocrines*, il n'y a qu'un pas, et ce pas, nous croyons pouvoir le franchir. »

Nous montrions que toutes les dispositions structurales des ilots favorisent les échanges entre leurs cellules et le sang, et dans la direction de celui-ci. Nous suivions le mécanisme de l'élaboration, puis de l'excrétion du produit nouveau. Nous montrions en outre la parenté des cellules à zymogène avec les cellules endocrines isolées en bordantes (2) le long des tubes pancréatiques primitifs de l'embryon : ce ne sont que deux modalités d'un même élément. Si l'un est sécréteur, l'autre l'est aussi. Or cet autre, la cellule endocrine, existe en abondance tout au début du développement de l'organe, bien avant la formation des acini; une seule sécrétion est nécessaire à cette époque, celle qui, versée dans le sang, règle les échanges sucrés. La précocité d'apparition de ces éléments et leur abondance prouvent qu'ils ont une fonction importante (3).

Depuis, (1898-1902) (4), nous n'avons guère cessé de donner de nouvelles preuves, basées cette fois sur le développement phylogénétique, c'est-à-dire sur la structure et l'évolution des ilots en quelques points choisis de la série des Vertébrés, chez les Sélaciens et chez les Ophidiens, et montré notamment le changement de polarité de la cellule et l'interversion de l'acinus au moment de sa transformation en cordon d'ilot, étudié la nature du grain de sécrétion interne, etc. Nous avions d'abord émis l'hypothèse sous toutes réserves ; notre confiance en la théorie a augmenté à mesure que s'accumulaient les faits en sa faveur ; la base histogénique sur laquelle nous nous appuyons est d'ailleurs, croyons-nous, une des plus solides sur lesquelles on puisse fonder une théorie en biologie.

Dans les premières années, notre *théorie des ilots endocrines* fut peu connue, et rares furent les auteurs qui l'acceptèrent. Ou plutôt, nous n'en connaissons guère qu'un, qui nous a été révélé depuis très peu de temps, c'est E. A. SCHÆFER. En effet, dès 1895 (*Meeting of the British Association; British medical Journal, 10 August 1895*), dans un discours sur les sécrétions internes en général, SCHÆFER, arrivant à celle du pancréas, note « en premier lieu », dans cet organe, l'existence « d'un tissu particulier, d'aspect épithélial qui se présente en amas isolés, caractérisés par leur extrême vascularité. Ces ilots (*these islands*), de tissu épithélioïde, sont tout à fait caractéristiques du pancréas ». Relatant les expériences de MERING et MINKOWSKI, de THIROLOIX, de HÉDON, il ajoute que, dans les cas où l'animal est préservé du diabète par un pancréas ou un fragment de pancréas plus ou moins atrophié, il est extrêmement probable, « de fait presque certain », que les ilots en question ne participent pas à l'atrophie de la glande, et que c'est d'eux que le pancréas tient surtout sa fonction d'organe à sécrétion interne (1). L'action antidiabétique du pancréas doit être produite « par la formation d'une substance sécrétée dans le sang par la glande et probablement par les ilots vasculaires interstitiels (*and probably by the interstitial vascular islets*) », substance qui modifie profondément le métabolisme des hydrates de carbone dans les tissus.

Les quelques phrases de SCHÆFER, ne paraissant pas appuyées sur des recherches personnelles de quelque étendue, c'est seulement, en somme, en 1898

(1) Nous insistions dès l'introduction de *Structure et développement du pancréas* (qui représente la partie bibliographique de notre travail) sur les faits physiologiques et pathologiques récemment découverts concernant une sécrétion interne du pancréas destinée à régler la production ou la consommation du sucre, et nous donnions ces découvertes comme point de départ de notre travail. Nous devons rappeler ce fait en face d'une phrase de SSOBOLEW (*Centralblatt für allg. Path.* Bd. II, 1900), disant : LAGUESSE a montré en 1896 que les ilots représentent des glandes vasculaires sanguines, « doch ohne weitere Hypothese über ihre Function und ihr Verhalten zum Zucker. Eine derartige Hypothese hat V. Diamare in seiner in Sept. 1899 erchienenen Arbeit... aufgestellt. »

(2) En cellules bordantes comme dans les glandes gastriques.

(3) Le seul témoignage donné jusqu'ici en faveur de l'hypothèse de la sécrétion interne, dit Opie (*John Hopkins Hospital Bulletin*, 1900), est contenu dans une courte note de SSOBOLEW (1900), établissant que chez des animaux nourris d'hydrates de carbone, les cellules des ilots deviennent plus granuleuses. Ne trouvera-t-on pas, après ce rappel, qu'il existait depuis longtemps quelques autres faits en faveur de ladite hypothèse ?

(4) *Echo médical*, 21 août 1898. — *C.-R. de l'Association des Anatomistes*, 1899. — Pancréas en *Traité d'Anatomie de Poirier*, 1899. — *Archives d'anatomie microscopique*, 1901-1902, etc.

(1) La question est uniquement traitée dans ce discours au point de vue physiologique général, et il s'agit, comme on le voit, d'une simple hypothèse basée sur la structure générale des ilots, probablement aussi sur un souvenir ou une réminiscence de notre note de 1893, comme semble l'indiquer l'emploi du terme *ilot* que nous avions proposé dans cette note, et dont nous étions alors le seul à nous servir. Plus tard SHÄFER a repris ce thème en *Quain's Anatomy*, T. 3, Fasc. IV, 1895-1896).

que nous trouvons en MASSARI (*Atti della R. Accad. dei Lincei*) un auteur qui, à la suite de ses recherches (sur le pancréas de l'anguille), accepte nos conclusions sur le rôle des ilots de LANGERHANS. « Ils forment dans leur ensemble, dit-il, une glande typique à sécrétion interne (ilots endocrines), intimement mêlée aux acini pancréatiques ». Sur un point, en effet, il se sépare de nous : il croit les ilots invariables, ne dérivant pas des acini. Il y aurait dans la glande deux tissus indépendants l'un de l'autre.

L'année suivante (1899) DIAMARE, — qui, dans son premier travail de 1895 (pancréas des poissons), restait sur la réserve, tendait plus vers les opinions de DOGIEL que vers les nôtres, — DIAMARE adopte à son tour notre théorie avec la variante soutenue par MASSARI (et en insistant davantage encore sur l'indépendance des deux tissus endocrine et exocrine). Mais il lui donne une base plus large que ne l'avait fait MASSARI, en s'appuyant sur l'étude d'un grand nombre d'espèces dans les différentes classes des Vertébrés. Il rapproche les ilots des épithéliaux (*Epithelkœrper* des auteurs allemands) des corps surrénaux, interrénaux, parathyroïdes, etc. Ils mériteraient, eux aussi, le nom de corps épithéliaux du pancréas. « Ces *corpiepiteliali del pancreas* sont de petites glandes closes ou *endocrines*, développées comme des bourgeons de l'arbre pancréatique, dont l'évolution a suivi une voie différente », et restées incluses dans la glande exocrine. Ce sont des formations permanentes, invariables depuis l'achèvement du développement, et sans lien avec les acini. Il y a dans l'organe deux glandes bien distinctes, entremêlées mais non confondues (1). Mais il existe dans le pancréas une base anatomique réelle et bien définie du processus de sécrétion interne ». Cette base, il faut la chercher dans les ilots, au lieu de croire avec LÉPINE que la sécrétion interne régulatrice des échanges sucrés est localisée dans les mêmes cellules que la sécrétion externe.

Vers la même époque, RENAUT, dans son *Traité d'histologie pratique* (T. 2, fasc. 2, 1899), admettait l'hypothèse de la sécrétion interne, mais en ne la localisant pas aux seuls ilots, qu'il considère comme des formations essentiellement fœtales et dont la fonction est fœtale. VON EBNER, dans la dernière édition du *Traité d'Histologie* de KŒLLIKER (T. 3, fasc. 1, 1899), rapproche les ilots des glandes vasculaires sanguines et accueille avec bienveillance, quoique avec quelques réserves, la théorie de la sécrétion interne (1).

Depuis, elle a été pleinement acceptée par un assez grand nombre d'auteurs, notamment par PERDRIGEAT et TRIBONDEAU (*XIIIe Congrès internat. de médecine*, 1900, et *Procès-verbaux de la Soc. Linnéenne de Bordeaux*, 1900), GENTES (*Thèse inaug. Bordeaux*, 1901); W. SCHULZE (*Arch. fur mik Anat.* Bd. 56, 1901); OPIE (*John Hopkins Hospital Bulletin*, V. XI, 1900; *Journal of experimental Medicine, vol. V*, 1900-1901, p. 397 et 527); HERZOG (*Virchow's Archiv*. Bd. 168, 1902); SSOBOLEW (*Centralblatt für allg. Pathol.* Bd. 11, 1900, et *Virchow's Archiv*, Bd. 168, 1902); JAROTSKY (*Virchow's Archiv*, Bd. 150, 1899) s'y est rallié avec quelques réserves.

Elle a été également combattue par quelques auteurs, mais ce n'est pas ici le lieu d'ouvrir une discussion à ce sujet (2). Certains, comme GIACOMINI, GIANNELLI, s'y sont plus ou moins ralliés à l'heure actuelle, tout au moins en ce qui concerne les Vertébrés inférieurs.

Cette brève mise au point anatomique de la question était indispensable avant d'arriver à l'exposé des quelques données pathologiques que nous possédons actuellement.

Prétendre que les ilots de LANGERHANS sont les organites de la sécrétion interne qui règle les échanges du sucre et préserve de la glycosurie, c'était prétendre que ces formations doivent jouer un rôle essentiel dans la pathogénie du diabète ou tout au moins de certaines formes de cette maladie. Mais de plus, si nous n'avons eu ni le temps ni l'occasion de nous engager personnellement sur le terrain pathologique, nous n'avons cessé de répéter dès le début à qui voulait l'entendre : cherchez du côté des ilots dans vos autopsies de diabétiques, cherchez du côté des ilots dans les greffes ou fragments d'aspect atrophique qui réussissent à préserver du diabète vos animaux d'expérience ; vous trouverez très vraisemblablement une lésion dans le premier cas, une persistance dans le second cas ou bien une disposition nouvelle venant y suppléer.

Pourtant les recherches de ce genre se firent tardi-

(1) L'étude des cordons d'ilots des Ophidiens, qui possèdent souvent une lumière, s'inscrit contre ce que ce rapprochement a de trop exclusif : l'existence manifeste de formes de transition nous conduit à rester fidèle à notre première interprétation : les ilots sont en rapports étroits avec les acini, et variables.

(1) Nous l'avons exposée de nouveau la même année dans le *Traité d'Anatomie* de POIRIER et CHARPY.

(2) Pour plus de détails sur ce point, voir notre deuxième mémoire dans les *Archives d'anatomie microscopique*, novembre 1902.

ves et rares ; ce n'est que récemment qu'elles ont pris un soudain essor.

Nous devons les ranger en deux groupes : *recherches expérimentales, recherches anatomo-pathologiques* chez l'homme.

Recherches expérimentales. — Nous en dirons peu de chose ici, le sujet devant être traité ailleurs par un de nos élèves. Nous rappellerons seulement que quelques faits obtenus par Jarotsky (au cours de ses recherches sur le pancréas dans l'inanition (1899, *loc. cit.*) peuvent être interprétés en faveur de la sécrétion interne : persistance des ilots dans la diète d'amidon, malgré l'établissement d'une sorte de cirrhose étouffant les acini, leur participation à l'atrophie générale de la glande dans la diète de sucre.

Dans un même ordre d'idées, Ssobolew (1900 et 1902, *loc. cit.*) aurait constaté que le nombre des grains dans les cellules d'ilot est au maximum après un court jeûne, diminue quand l'organisme est obligé de remanier une certaine quantité de sucre, notamment après injection intra-veineuse de glucose, surtout quand elle a été précédée d'un gavage d'hydrates de carbone.

Mais ce qu'on a surtout étudié au point de vue expérimental, ce sont les modifications du pancréas après ligature persistante ou résection du canal.

Ce genre de recherches doit nous intéresser tout particulièrement. En effet, la ligature du canal supprime la sécrétion interne ; la glande subit un degré d'atrophie plus ou moins marqué, pourtant l'animal ne devient pas glycosurique. Les éléments chargés de la sécrétion interne persistent donc dans la glande modifiée, et son étude doit nous permettre de déterminer quels sont ces éléments.

Arnozan et Vaillard avaient dès 1884 posé les premiers jalons, en montrant que chez un lapin ayant résisté au diabète, sacrifié au bout de quinze mois, la glande atrophiée ne contient plus que quelques cordons fibreux portant « appendus çà et là de petits groupes de cellules épithéliales », mais ils n'ont pas suivi le sort des ilots, et leur description ne permet pas d'assurer qu'il s'agisse réellement de ces formations.

Nous avions en 1900 fait sur le chien quelques essais qui nous ont d'abord donné des résultats plutôt négatifs (*C. R. Soc. Biol.*, 1902).

Mais en cette même année (*Archiv f. mik. Anat.* Bd 56, 1900) W. Schulze a montré que chez le cobaye, les acini disparaissent de bonne heure dans un fragment de pancréas séparé du reste de l'organe par une ligature en masse, mais bien vascularisé ; les ilots de Langerhans, au contraire, se retrouvent intacts, 40, 50 et 80 jours après. Il en conclut en faveur de l'indépendance de ces formations, et de leur rôle évident dans la sécrétion interne.

Un peu avant cette publication et indépendamment, Ssobolew, dans une communication préliminaire (1900, *loc. cit.*) annonçait en quelques mots qu'il obtenait la persistance des ilots chez le lapin au vingtième jour après la ligature du canal pancréatique à son embouchure, c'est-à-dire en se plaçant dans les mêmes conditions qu'Arnozan et Vaillard. Récemment (1902, *loc. cit.*), il apportait de nombreux faits du même genre chez le lapin et même chez le chien et le chat ; il trouvait encore les ilots sur un pancréas de lapin lié depuis quatre cents jours.

Mais, d'autre part, Mankowski (*Archiv für mik. Anat.* 1902, T. 59), refusait de s'associer aux conclusions de Schulze. Pour lui, les ilots sont englobés dans la destruction au même titre que les acini.

Avant la publication de ces deux derniers mémoires, dès le mois de novembre 1901, nous avions commencé, avec la collaboration de notre élève Gontier de la Roche, des recherches pour vérifier les données de Schulze. Elles nous montrèrent (*C. R. Soc. Biol.* juillet 1902) la destruction et la disparition totale des acini en moins de huit jours, la persistance et même l'accroissement des ilots pendant le premier mois au moins, leur diminution au bout de deux mois, mais leur suppléance probable par certaines dispositions nouvelles. Après ligature, la glande revient en moins de huit jours au type embryonnaire ; on la trouve constituée alors de véritables tubes pancréatiques primitifs portant un grand nombre d'ilots. Ces tubes prolifèrent, leurs culs-de-sac terminaux finissent (un à deux mois) par régénérer des sortes de pseudo-acini, qui sont employés à l'accroissement des ilots, et dont les éléments tendent, semble-t-il plus tard, quand la sclérose dissocie les gros ilots, à se transformer sur place en éléments endocrines. Les éléments exocrines disparaissent donc dès que disparaît la fonction externe, les éléments que nous avons considérés comme endocrines persistent et se régénèrent, preuve qu'ils sont bien en effet destinés à élaborer la seule sécrétion persistante, la sécrétion interne.

Il serait intéressant aussi d'étudier les *greffes pan-*

créatiques sous cutanées (dans l'expérience de Hédon), et de savoir ce qu'y deviennent les éléments endocrines tant que la greffe permet à l'animal de résister au diabète, puis lorsque l'atrophie trop marquée de cette greffe a laissé le diabète s'établir. Mais peu de recherches ont encore été faites dans cette direction. Mouret (*C.-R. de la Soc. de Biol.*, 1895) a examiné 16 greffes pratiquées par Hédon. Il a constaté qu'elles se sclérosent progressivement; peu à peu les acini seraient étouffés et s'atrophieraient. Malheureusement il n'a pas suivi les ilots. Il s'établissait une glycosurie légère quand la lésion était avancée et dans ce cas l'ablation de la greffe la portait à son maximum. Enfin, la glycosurie s'établissait parfois intense, quand le tissu glandulaire était presque complètement détruit. Ssobolew a trouvé dans plusieurs greffes les ilots conservés.

N'ayant examiné nous-mêmes en 1900 (*C.-R. de la Soc. de Biol.* 1902) qu'une greffe de ce genre datant de trois mois et deux jours, nous n'avons plus trouvé d'ilots, mais constaté la présence d'éléments endocrines disséminés le long des tubes pancréatiques primitifs persistants.

Bien que très incomplètes encore, ces observations de greffes ne semblent donc aucunement en contradiction avec les premières, bien au contraire.

Recherches cliniques et anatomo-pathologiques (1)

Si les ilots étaient profondément lésés ou en nombre notoirement insuffisant toutes les fois que le malade a succombé au diabète pancréatique, si d'autre part les ilots restaient toujours intacts au milieu de lésions pancréatiques graves n'ayant pas déterminé le diabète, la pathologie viendrait apporter une confirmation définitive à la doctrine qui leur attribue la sécrétion interne. Or, s'il y a des discordances, s'il y a encore relativement peu de faits probants, cela tient surtout à ce que les recherches dans cette voie commencent à peine. Mais dès maintenant il existe des cas tellement typiques, qu'il est permis d'attendre avec confiance le résultat des recherches ultérieures. Nous ne nous attarderons guère qu'à l'étude de ces cas.

Dieckhoff (*Thèse inaugurale*, Rostock 1894, et *Festschrift für Thierfelder* 1895) semble être le premier qui ait méthodiquement cherché les ilots après autopsie; mais il n'arrive à aucune conclusion certaine. Il faut ajouter qu'il considère les ilots comme de simples follicules lymphatiques et les appelle souvent *Follicules intertubulaires*. Quand on trouve, dit-il en résumé, des lésions diffuses graves sans qu'il y ait eu diabète, c'est qu'il reste encore assez de substance sécrétante. Ce peut être du parenchyme glandulaire ordinaire. On a pensé aussi, sans preuve à l'appui, qu'il pourrait dans ce cas persister des cellules qui auraient une fonction spécifique (für Zuckerausscheidung), et que ce pourraient être les amas intertubulaires. Or il trouve bien dans des cas d'atrophie avec diabète une diminution du nombre des ilots et même dans un cas (XVIII) leur disparition complète. Inversement, dans deux cas, un de lipomatose et un de pancréatite syphilitique où il n'existait point de sucre dans les urines, il constate la présence des ilots en grand nombre au milieu du parenchyme atrophié.

Mais, d'autre part, dans deux cas sans diabète, il n'a pas trouvé trace d'ilots (1), dans quelques cas de lésion pancréatique accompagnée de glycosurie, il n'observe point de changement dans ces formations.

« Nous ne sommes donc pas en état, conclut-il, en nous basant sur nos recherches, de nous ranger à cette opinion, que l'absence ou la présence du diabète pancréatique dépendrait essentiellement de la proportion des amas intertubulaires ».

Kasahara d'autre part (*Virchow's Archiv*, Bd. 143, 1896), examinant soixante-douze pancréas d'autopsie, à la suite des affections les plus diverses, trouve souvent le nombre des ilots plus ou moins fortement diminué. Inversement en deux cas de diabète sur trois, il n'a rien eu de particulier à noter ; il considère donc le nombre des ilots comme n'ayant aucune importance au point de vue pathologique.

On peut objecter à Kasahara qu'il ne spécifie point de quelle nature était le diabète dans les deux cas en question (dans le troisième les ilots étaient diminués de nombre). Ses observations, d'autre part, se réduisent à quelques mots souvent très vagues « quelques amas,... peu d'amas,... amas assez abondants ». Enfin il faut tenir compte, dans les numérations, du fait signalé plus tard par Opie, à savoir que les ilots sont normalement bien plus nombreux en certaines régions (queue) qu'en d'autres (tête surtout).

Schlesinger (*Virchow's Archiv*, 1898, Bd. 154), dans

(1) Il ne peut être question ici que d'une esquisse et en nous plaçant uniquement au point de vue d'une lésion des ilots.

(1) Il faut remarquer avec Ssobolew que la glycosurie disparaît parfois dans la dernière période, peu avant la mort (bien nettement établi expérimentalement chez le chien) d'où cause d'erreur quand le malade n'a été suivi que quelques jours.

x cas de pancréatite syphilitique congénitale, trouve ıe prolifération diffuse du tissu conjonctif étouffant s acini, mais respectant les ilots.

NAUNYN (*Der diabetes mellitus.* Wien, 1899) trouve s ilots intacts dans deux cas de diabète lié à des sions cérébrales.

LEFAS (*Archives gén. de médecine,* 1900) les trouve ınservés dans la cirrhose du foie.

WASSILIJEW (cité par SSOBOLEW) les trouve conservés ıez les enfants dans la sclérose pancréatique qui fait iite au catarrhe stomacal.

Dans ces premières observations donc, plusieurs its déjà à l'appui de la théorie, rien contre elle qui e soit très discutable.

SSOBOLEW (*Centralblatt für allg. Path.,* 1900) signale eux cas de diabète où il n'a pu trouver d'ilots dans pancréas ; c'est le premier auteur qui se prononce ettement en faveur d'une lésion causale des ilots ans le diabète.

Mais ce sont surtout les deux mémoires d'OPIE *'he journal of experimental Medicine* vol. V, 1900 901, p. 397 et p. 527) qui mettent la question en pleine ımière. Cet auteur montre l'importance de l'étude es pancréatites chroniques, où l'irritation, moins ctive que dans les cas aigus, laisse observer des diffé- ences de résistance des diverses portions du paren- hyme au processus destructif. Il range ces inflamma- ons sous trois chefs : Chez le nouveau-né, *pancréatite phililique congénitale* ; chez l'adulte, *pancréatite chro- ique intertubulaire,* et *pancréatite chronique intersti- 'elle ou interacineuse.* De la pancréatite syphilitique es nouveau-nés il n'a pu étudier que deux cas, mais ·ès nets, où le tissu interstitiel, restant très développé omme chez le fœtus, semble apporter obstacle à la roissance des acini : au contraire les ilots abondent utant que chez le fœtus du cinquième mois. — Chez adulte, dans le premier type, *interlobulaire,* les lobules ınt de mieux en mieux séparés par des cloisons breuses épaisses ; les acini sont plus ou moins teints, étouffés par places par la sclérose : les ilots ersistent intacts, ou sont les derniers à disparaître. ans le deuxième type, *interacineux,* la lésion est iffuse, le tissu scléreux apparaît à la fois dans toute épaisseur des lobules, dissociant les acini. Ici, au ontraire, les ilots sont atteints simultanément, il y a clérose autour des ilots (capsule plus ou moins paisse) et à leur intérieur (pénétration de tissu fibreux long des vaisseaux).

OPIE a examiné onze cas de la variété interlobulaire avec conservation des ilots au milieu d'une glande plus ou moins lésée ou atrophiée ; dans un seul existait une glucosurie légère que faisait disparaître le régime approprié. Comme c'est ce genre de sclérose qui se développe après ligature ou obstruction du canal, cela explique l'absence de glycosurie qu'on observe dans la plupart de ces cas. Elle ne s'établira qu'à la longue, quand tout reste d'ilots aura à peu près disparu.

Au contraire, sur trois cas de la variété interacineuse examinés, le diabète accompagnait deux fois la lésion. Le troisième était compliqué d'hémochromatose, qui aboutit comme on sait au diabète bronzé. La glycosurie était donc fatale, elle n'a pas eu le temps de s'établir parce que le malade a succombé à une fièvre typhoïde intercurrente. Enfin, dans deux cas de diabète non accompagnés de sclérose du pancréas ou bien n'en décelant que des traces, OPIE montre une lésion très accentuée, mais très spécifique et toute nouvelle, la *dégénérescence hyaline des ilots.* Il conclut en faveur du rôle endocrine des ilots ; c'est leur lésion qui représente la vraie lésion du pancréas dans le diabète.

D'après GENTES (*Thèse, Bordeaux,* 1901), les ilots persistent jusque dans la vieillesse avancée (90 ans) en diminuant de nombre, et, s'entourant d'une véritable coque commencent à se scléroser. Dans un cas de leucémie où tous les organes lymphoïdes étaient hypertrophiés, il trouve les ilots en nombre et volume normal ; cela vient s'ajouter à ce qui a été dit contre leur nature lymphoïde. Dans un cas de diabète maigre bien caractérisé, il rencontre une sclérose interlobulaire en rapport surtout avec les canaux excréteurs, peu de lésions du parenchyme exocrine, une hypertrophie nette du tissu conjonctif péri et intra-insulaire, telle qu'en certains points « le corpuscule presque tout entier est remplacé par une masse fibreuse. » L'auteur se rattache donc à la conception des ilots endocrines ; « à toutes les raisons qu'on en a données, on peut ajouter les lésions des ilots dans les cas d'une insuffisance de la sécrétion interne du pancréas dans le diabète maigre. »

HERZOG (*Soc. Pathologique de Chicago,* 1901) fait une communication préliminaire que nous retrouverons développée plus loin.

WRIGHT et JOSLIN (*The Journal of medical Research,* Vol. VI, Juillet-Décembre 1901) ont examiné neuf cas

de diabète qui paraissent être de variétés très différentes, puisque dans l'un (sans lésion du pancréas) on trouvait une dégénérescence de la moelle épinière. Or, dans deux de ces cas, les ilots présentaient la dégénérescence hyaline signalée par Opie, et dans l'un d'eux c'était à peu près la seule lésion. Les lésions des ilots sont donc un « facteur important » dans la pathologie du diabète.

Weichselbaum et Stangl (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 10 oct. 1901) examinent dix-huit cas de diabète, dans lesquels le pancréas a été fixé peu de temps après la mort au liquide de Muller, au formol, au sublimé, au liquide d'Altmann, etc. Dans un seul cas, d'origine évidemment nerveuse (gliome cérébral), il n'y avait aucune lésion du pancréas. Dans les dix-sept autres on y trouvait au contraire des lésions macroscopiques et microscopiques. La glande était plus ou moins fortement diminuée de volume ; la graisse toujours augmentée. Dans sept cas le tissu conjonctif inter et intra-lobulaire était à peu près complètement transformé en tissu adipeux (lipomatose).

Le nombre des ilots de Langerhans *était moindre partout*, les ilots restants souvent petits, comme comprimés, ou irréguliers. Leur cytoplasme était souvent raréfié, parfois réduit à quelques filaments et granules, les gouttelettes graisseuses parfois abondantes. Leur stroma conjonctif était au contraire très développé, jusqu'à leur donner souvent un aspect réticulé. Les auteurs arrivent à cette conclusion que dans les maladies du pancréas sans glycosurie, les ilots sont conservés ou moins atteints au milieu d'un parenchyme quelquefois très atrophié ; *dans le diabète, au contraire, l'atrophie est beaucoup plus marquée sur les ilots que dans le reste du parenchyme*. Le diabète ne s'établit, semble-t-il, que quand le processus atrophique frappe surtout les ilots.

Curtis (*Echo médical du Nord*, 23 mars 1902. *Soc. centrale de méd. du Nord*) constate dans un cas de diabète maigre l'atrophie de la queue du pancréas transformée en un kyste séreux par rétention. Dans la tête de l'organe peu altérée « il existe de la sclérose péricanaliculaire, périvasculaire et parfois périacineuse. Cela n'expliquerait pas le diabète, mais on constate la disparition d'une quantité d'ilots de Langerhans, dont quelques-uns en outre sont sclérosés ». Il s'agissait ici de sclérose péri et intra-insulaire.

Max Herzog (*Virchow's Archiv*, Bd. 168, mai 1902) a étudié cinq cas de diabète. Dans tous, il y avait diminution du nombre des ilots, allant sur un sujet jusqu'à la disparition totale. Dans un de ces cas, les ilots subissaient la dégénérescence hyaline. Dans les quatre autres ils étaient envahis par la sclérose ; dans l'un elle était périinsulaire seulement ; dans deux autres péri et intra-insulaire. Dans le quatrième, *la sclérose insulaire était totale et chaque ilot remplacé par un petit nodule fibreux au milieu d'un parenchyme relativement intact*. L'atrophie des ilots est donc constante, ils sont spécifiquement atteints dans le diabète ; cela vient à l'appui de la théorie qui leur attribue une sécrétion interne.

Ssobolew (*Virchow's Archiv*, Bd. 168, 1902, travail paru en russe sous forme de thèse en 1901), a examiné un assez grand nombre de pancréas d'autopsie. Dans un cas de pseudoleucémie, comme Gentes, il trouve les ilots normaux, non accrus. Dans 17 cas de sclérose de la glande avec atrophie, il a trouvé 6 fois les ilots persistants et en plus grand nombre relatif, isolés ou au milieu de lobules diminués de volume, une fois sclérose plus ou moins marquée des ilots, trois fois sclérose moyenne plus marquée du parenchyme avec conservation des ilots, deux fois forte sclérose où le pancréas presque entier était transformé en tissu fibreux et graisseux, et où pourtant on trouvait des groupes d'ilots intacts ; enfin dans cinq cas de pancréatite d'origine syphilitique chez le nouveau-né, des ilots nombreux et intacts dans un parenchyme raréfié. En résumé, dit-il, dans les modifications atrophiques, chez les non-diabétiques, les ilots persistent, se montrent les éléments les plus résistants de la glande. Dira-t-on que si les lésions atteignent davantage les acini, c'est qu'elles suivent les canaux ? Mais le virus syphilitique ne suit pas les canaux ; or il agit aussi bien sur eux que sur les autres éléments. Leur différence de réaction ne peut s'expliquer que par leur rôle physiologique et leur capacité plus grande de résistance. Mais elle subit de grandes variations individuelles.

D'autre part Ssobolew a pu observer quinze cas de diabète dont six appartenaient à la variété clinique dite maigre (la forme de la maladie n'étant pas mentionnée dans les autres). Or, dans treize cas sur quinze le nombre des ilots était diminué, jusqu'à disparition complète dans quatre cas.

Les ilots restants étaient lésés, plus lésés que le parenchyme. Enfin dans un seizième cas, qu'il nomme

glycosurie aiguë à la suite d'une gastro-entérite, il trouve en même temps qu'une nécrose de la muqueuse duodénale, une modification notable des ilots, même dans les régions saines du parenchyme (cellules petites, sans limites nettes, parfois noyaux libres mal colorés). Dans le diabète par conséquent, contrairement à ce qui arrive dans la sclérose simple, les ilots se montrent les éléments les moins résistants de la glande. Le lésion des ilots n'est pas amenée secondairement par des troubles de nutrition ou de circulation, ni par la compression, comme le montre leur persistance chez les animaux dans le cas de ligature, chez l'homme, dans le cas de sclérose avancée.

Ajoutons que Opie, Wrhigt, et Joslin, Herzog, Gentes, Ssobolew, Weichselbaum et Stangl ont donné à l'appui de leurs descriptions des figures souvent très concluantes.

Nous avons eu nous-même récemment entre les mains un certain nombre de pancréas, provenant de malades atteints de diabète et dont l'examen nous était demandé par notre ancien maître, M. le professeur Lancereaux. Comme il se réserve de publier le résultat de ces examens avec les observations cliniques, nous n'en parlerons pas ici. Nous dirons pourtant qu'ils ont suffi pour nous convaincre que, d'une façon constante, les ilots sont plus ou moins considérablement diminués de nombre, parfois absents. Ajoutons que dans un des pancréas que nous avons reçus, pièce sans mention aucune et où le parenchyme exocrine était en voie de disparition, il existait en un point une véritable petite glande endocrine appendue à la veine splénique, formée d'un amas considérable d'ilots volumineux, généralement bien conservés.

Le développement d'un tel amas nous semble être un épisode typique de la défense de l'organisme contre l'invasion de la glycosurie. Cette glande était-elle restée suffisante jusqu'au bout? ou pendant longtemps tout au moins ? c'est ce que montrera probablement l'observation clinique.

Assurément ce chapitre d'anatomie pathologique commence à peine à s'esquisser et bien faible encore est le nombre des cas où l'observation clinique complète, l'autopsie, et l'examen microscopique des organes ont pu être faits avec tous les détails et toutes les précautions nécessaires. L'heure n'est donc pas encore venue, croyons-nous, de discuter à fond tous ces faits et d'en tirer des conclusions fermes. Ce ne pouvait être notre but dans ces quelques pages.

Mais dès à présent, dans l'intérêt même des recherches futures, il nous a paru nécessaire de grouper tous ces faits pathologiques autour de la base histo-physiologique qui leur a servi de point de départ, et de montrer qu'on y trouve déjà un sérieux appui à la théorie que nous soutenons depuis 1893.

En effet, s'il y a dans les observations présentées jusqu'ici quelques lacunes et parfois quelques contradictions, le plus souvent dans leur ensemble elles aboutissent à cette double conclusion : Dans les cas de diabète maigre et parfois dans d'autres formes, il y a lésion des ilots, et souvent des ilots seuls ; dans les cas de lésions pancréatiques graves sans glycosurie, ce sont au contraire les ilots qui échappent à la lésion, qui souvent y échappent seuls.

Mais ces conclusions s'affirment avec plus de force si nous nous limitons à quelques cas typiques sur lesquels nous devons revenir.

Prenons d'abord ceux où l'on n'a pu noter aucun symptôme de diabète. Tel est par exemple le cas XII de Opie (Homme de 43 ans, tuberculose pulmonaire). Le canal de Wirsung est très distendu par de nombreux calculs. Du parenchyme exocrine il ne reste plus que quelques petits lobules étouffés. La glande est presque entièrement remplacée par une masse fibreuse ; mais dans cette masse, surtout à l'extrémité splénique, la partie endocrine de la glande a persisté ; on retrouve isolés dans le tissu fibreux, abondants par places, les ilots de Langerhans généralement intacts. Ne sont-ce pas ces ilots, qui comme dans les expériences sur le cobaye, le lapin, le chien, protègent le sujet contre l'établissement de la glycosurie?

Et dans le cas XIII, assez analogue, où les ilots sont souvent situés côte à côte, séparés seulement par une petite quantité de stroma, de sorte *qu'on en trouve dix à douze dans un champ à un faible grossissement*, nous voyons bien apparaître une glycosurie, mais légère, et qu'un régime approprié suffit à chasser. Pourquoi ? C'est que ces ilots si nombreux commencent à être impliqués dans le processus de sclérose ; non seulement ils sont comprimés, mais le tissu fibreux se glisse à leur intérieur le long des vaisseaux ; la glande endocrine commence à devenir insuffisante. C'est vraisemblablement ici qu'il faudra ajouter le cas de M. Lancereaux dont nous avons fait l'examen, quand l'observation clinique y sera jointe.

Venons-en maintenant à quelques malades présentant au contraire un diabète maigre accentué. Voici

par exemple la négresse tuberculeuse de 54 ans, dont Opie, dans son deuxième mémoire de 1901, nous présente l'observation complète. Elle est morte au bout d'une semaine d'hôpital. Pendant ce court séjour ses urines contenaient de 40 à 54 grammes 4 de sucre par litre. La tuberculose a commencé onze mois avant, puis quelques mois plus tard s'établissaient une polyurie et une polydipsie intenses Or, le parenchyme du pancréas est presque intact (1), on y trouve à peine quelques petits foyers disséminés de sclérose périacineuse : acini, canaux excréteurs, vaisseaux sont normaux. Une seule lésion est notable, et elle porte *exclusivement sur les ilots, sur la presque totalité des ilots*. Rarement on en trouve un qui soit intact. Les moins altérés montrent des cellules isolées ou des petits groupes de cellules qui subissent une altération de leur protoplasme, se teignent en plus foncé par la méthode de Mallory, augmentent de volume, puis perdent leur noyau, et se transforment chacune en une petite masse hyaline, qui se fusionne bientôt avec les voisines (2).

En regard de cette observation, nous pouvons placer le cas V de Max Herzog, qui montre une lésion presque exclusive des ilots, mais toute différente.

Il s'agit d'un homme de trente ans, atteint d'une forme grave de diabète, avec une grande quantité de sucre dans les urines, un grand amaigrissement, pleurésie suppurée à droite. Or, le pancréas est de volume moyen, de consistance normale, poids 90-100 grammes. Il a été fixé au liquide de Zenker, et plusieurs centaines de coupes y ont été pratiquées. Le parenchyme est presque normal avec un léger degré de sclérose interlobulaire et par places interacineuse. Mais *on ne trouve plus un seul ilot*. A l'intérieur des lobules, assez généralement vers leur centre, au point qu'occupent de préférence les ilots, on trouve de petits nodules fibreux arrondis ou polygonaux, qui semblent en être le dernier vestige. Comme dans l'observation d'Opie une bonne figure ne laisse aucun doute sur l'exactitude de la description.

Ne semble-t-il pas dès lors que l'observation de certaines scléroses consécutive à l'occlusion du canal (ligature, compression ou calcul) d'une part, de certains cas de diabète grave de l'autre, nous permettant de pratiquer une sorte de dissociation fonctionnelle de la glande qu'on tenterait difficilement par d'autres moyens, analogue pourtant à celle que l'on peut obtenir chez le cobaye. La sclérose qui suit l'occlusion détruit la partie exocrine et ne laisse en place que l'endocrine, le diabète souvent détruit au contraire la portion endocrine seule, et fait de l'organe une simple glande digestive. La lésion s'attaque alors directement à l'ilot. Tantôt c'est par une sclérose qui peut être *insulaire exclusive et totale* et dont la cause première doit résider dans la cellule endocrine même ; tantôt c'est une lésion bien évidente de cette cellule, vraisemblablement un trouble irritatif de la fonction élaboratrice elle-même (1), qui conduit à la dégénérescence hyaline.

De cette courte étude nous tirerons pour finir deux conclusions :

1° Dès maintenant les faits anatomo-pathologiques (expérimentaux ou autres) apportent un sérieux appoint en faveur de la théorie que nous avons émise en 1893 et qui consiste à considérer les ilots de Langerhans comme les organites de la sécrétion interne du pancréas (2).

2° Dès maintenant aussi, il paraît évident que la lésion des ilots est un des facteurs les plus importants dans la pathogénie du diabète, et particulièrement de la forme qui a été décrite sous le nom de diabète maigre par notre maître le professeur Lancereaux.

Mais il sera nécessaire, pour déterminer définitivement le rôle de ce facteur, d'accumuler patiemment de nombreuses observations cliniques bien complètes, suivies d'un examen microscopique méthodique et détaillé des différentes parties du pancréas. Cet examen devra être pratiqué le plus tôt possible après la mort, dans les meilleures conditions de fixation, et avec liquides fixateurs différents. Le pourcentage des ilots devra être fait avec soin pour les différentes régions du pancréas, en comparaison avec un pancréas sain et

(1) Bonne fixation au liquide Zenker.

(2) N'est-ce pas une altération du processus même de sécrétion, comme le donnerait à penser la 1re observation du même genre où, la substance hyaline s'accumule d'abord entre les capillaires et les cordons cellulaires pleins ? Beaucoup d'ilots sont complètement transformés, ont subi la dégénérescence hyaline totale. La lésion est strictement limitée aux ilots, et l'on n'en trouve de similaires dans aucun autre organe.

(1) Une sorte *d'insulite*, si l'on peut employer ce mot.

(2) Cette sécrétion interne peut avoir des actions multiples, contenir des substances diverses ; nous ne voulons rien en préjuger ; ce qui est certain c'est qu'en premier lieu elle agit comme régularisatrice des métamorphoses du sucre dans l'organisme, des échanges sucrés pour employer un terme plus concis. Peu importent les divergences qui peuvent partager les physiologistes sur le mode d'action de cette sécrétion : tous sont d'accord sur un point, c'est qu'elle existe. Pour notre part, comme nous l'avons dit dès 1896 (*Journ. Anat.*, p. 222), à propos des ilots à hématies, nous croirions assez volontiers à une action de cette sécrétion sur les albuminoïdes du sang (particulièrement sur les hématies), favorisant peut-être les combinaisons instables d'albuminoïdes avec le sucre qu'admettent Dreschsel, Pavy, etc... Ssobolew tend également dans ce sens.

en tenant compte de l'abondance plus grande des ilots dans la queue de la glande normale signalée par Opie.

Mais les ilots eux-mêmes devront être surveillés avec soin. Jusqu'ici, en effet, on n'a guère vu que de grosses lésions : destruction des ilots, leur sclérose, dégénérescence hyaline avancée ; il doit y en avoir d'autres que seul un examen attentif pourra déterminer. Puisque les ilots proviennent des acini, il est probable que parfois cette transformation est gênée, arrêtée même, et nous croyons avoir aperçu des indices de cette gêne dans deux cas ; mais ici les pièces fixées à l'alcool ou au formol, telles qu'on les reçoit généralement, ne sont guère favorables à l'étude, et l'emploi de liquides fixateurs plus précis et variés est indispensable.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Qu'est-ce qui détermine le sexe ? par le docteur Van Lint, médecin assistant à l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles ; un volume in-16 de 77 pages, cartonné. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, VIe.

Ce qui détermine le sexe pour l'auteur, c'est l'inégalité de force des générateurs ; la descendance étant du sexe du procréateur le plus faible au moment de la fécondation.

Il essaie de prouver qu'un ovule fécondé par un spermatozoïde plus fort que lui donne naissance à un organisme femelle ; fécondé par un spermatozoïde plus faible, il donne naissance à un organisme mâle.

Comme il y a, habituellement, parallélisme de vitalité, entre les cellules somatiques et les cellules sexuelles, nous disons que, en général, quand la mère est plus faible que le père, elle met au monde une fille, tandis que, quand elle est plus forte que le père, elle donne naissance à un garçon.

A la question brûlante et toujours pendante : Pouvons-nous intervenir dans la détermination du sexe, il répond : Oui, théoriquement. Il suffit d'affaiblir le parent dont nous voulons avoir le sexe et de fortifier l'autre.

Pratiquement, notre intervention ne peut être que partielle : nous ne pouvons permettre à un individu de s'affaiblir volontairement, car nous ne perdons pas de vue les dangers auxquels il s'expose, lui, et sa descendance.

Ce qui pourrait seulement être tenté, c'est de fortifier, par tous les moyens que l'hygiène et la thérapeutique mettent à notre disposition, le parent le plus faible dans le cas où celui-ci ne désirerait pas voir reproduire son sexe.

Livre intéressant, clairement écrit, de vulgarisation, plutôt que de recherches personnelles, ce petit volume de 76 pages mérite d'être dans la bibliothèque du praticien qui se préoccupe de ces questions d'hérédité. Dr F. C.

MOTS DE LA FIN

— Un professeur, présentant un fémur au candidat :
— Veuillez me dire quel est cet os ?
L'élève, après avoir tourné et retourné l'os dans tous les sens, répond avec assurance :
— Monsieur, ceci est un os de mort !

(*Lyon Médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

BULLETIN

Le **Concours de l'Internat** pour les hôpitaux de Lille s'est ouvert lundi matin, 3 novembre, à l'hôpital de la Charité, sous la présidence de M. le doyen Combemale, administrateur des hospices. Le jury était composé de MM. Folet, président ; Gaulard, Surmont, Carlier, Deléarde, juges. Il s'est terminé par la nomination par ordre de mérite de MM. Caudron, Leenhardt, Tacconet, internes titulaires ; Obers, interne provisoire.

La question écrite était ainsi conçue : *Péritoine pelvien ; Péritonite tuberculeuse.* Etaient restées dans l'urne les questions suivantes : *Nerf radial, paralysie du nerf radial* ; *Anatomie des voies biliaires, causes et symptômes des obstructions biliaires* ; *Rapports du cœur, asystolie.*

L'épreuve orale de dix minutes a porté sur le *Goître exophtalmique.* Les questions non sorties étaient : *Causes, symptômes et diagnostic des rétrécissements pyloriques* ; *Phlegmatia alba dolens.*

L'épreuve dite « de garde » a porté sur la *conduite à tenir* : 1) *en cas de plaie de la paume de la main,* et 2) *en cas d'inertie utérine.* La question non sortie concernait *Les divers modes de la délivrance* et *la ponction de la vessie.*

Il ne me paraît pas inutile de faire suivre ce procès verbal sommaire du concours auquel j'ai eu l'honneur d'assister comme juge, de quelques réflexions rapides. Une première constatation à faire est que l'éducation médicale générale des candidats est très bonne, excellente même pour quelques-uns. On sent, particulièrement à la lecture des copies, que l'effort de travail que nécessite actuellement la préparation de l'internat, à Lille, a porté ses fruits, et qu'on est en face d'une érudition robuste, acquise par un labeur continu et méthodique, et non pas des élucubrations mal coordonnées d'un cerveau encore endolori de l'effort tardif fait dans les dernières semaines pour remplir des cases jusque-là trop vides. Tous ceux qui s'intéressent à la prospérité de l'enseignement médical dans notre Faculté ne peuvent que se réjouir de cette constatation. Aussi, convient-il de féliciter les dévoués chefs des Conférences préparatoires à l'Internat des résultats par eux obtenus, et de les engager à continuer et à perfectionner toujours leur œuvre d'intérêt commun, aussi utile aux chefs de service et aux malades qu'à leurs camarades eux-mêmes.

J'attire l'attention de MM. les chefs de Conférences sur les plans des questions. Ces plans m'ont paru d'une très grande netteté, particulièrement en anatomie, mais un peu uniformes surtout en pathologie. Il faut habituer les candidats, après avoir bien défini leurs questions, à ne pas les commencer invariablement par l'étiologie, pour les continuer par l'anatomie pathologique et les finir par le traitement. Le plan doit se modeler sur le sujet à traiter, et non le sujet sur le plan, et il doit être toujours conçu de façon à permettre au candidat de montrer qu'il sait toute la question en n'omettant rien, mais aussi de façon à lui faire mieux dire les choses les plus intéressantes en y consacrant un peu plus de temps, et en passant plus rapidement sur le reste. Or, ce qui est intéressant dans une question de pathologie, c'est ici, l'étiologie, et là, l'anatomie pathologique, dans un cas, la pathogénie, ailleurs, le diagnostic; en un mot, cela est variable suivant la question.

Ce qui m'a frappé le plus dans le concours et ce qui me paraît tout à fait digne d'attention, c'est la psychologie des candidats. S'il est vrai que dans une bataille, le moral des combattants a plus d'importance pour la victoire finale que l'armement des adversaires, quand il n'est pas trop disproportionné, bien entendu, la plupart des candidats sont exposés à bien des déboires dans les concours. Ils ont l'air d'aller au concours comme à une corvée commandée ; jamais on ne croirait, à les voir, qu'il s'agit de jeunes gens affrontant de propos délibéré une épreuve à laquelle ils se sont préparés depuis de longs mois, et dont ils espèrent ardemment la réussite. On dirait qu'au lieu de chercher occasion de briller, ils ne cherchent que l'occasion de filer. Pourtant, la première condition pour réussir au concours, c'est de le passer jusqu'au bout ; et quand on se dérobe au premier obstacle, on risque de voir arriver des concurrents moins bien armés peut-être au point de vue scientifique, mais mieux trempés au point de vue moral.

Quel est le point de départ et l'explication de cet état psychologique ? C'est bien difficile à dire. Est-ce un amour propre exagéré et la crainte de se diminuer dans l'estime des juges ou celle des auditeurs, en faisant une question où l'on se croit insuffisant ? Ce serait bien illogique, car les juges savent que la meilleure mémoire peut avoir un instant de défaillance, et seuls les gens qui n'ont jamais concouru sont sans indulgence pour les autres ; quant aux auditeurs, ils n'ont qu'une manière de montrer qu'ils peuvent faire mieux que le candidat qui passe, c'est de concourir contre lui. Est-ce au contraire excès de timidité ou défiance de soi-même ? Je suis beaucoup plus porté à le croire ; la timidité d'un grand nombre est notoire, bien qu'elle ne soit plus de mise quand on a vingt-quatre ans et toute sa barbe, ou au moins le droit de la porter. Quant à la méfiance de soi, c'est un mal endémique à la Faculté. On ne se présente pas à un concours de fin d'année parce que X... qui a la réputation d'être très fort, ou Y... qui est le lauréat de l'année précédente, ont fait mine de bouger ; de même à l'internat ; dès l'énoncé de la question, on suppose que le voisin va faire mieux, et sur cette simple supposition, on court prendre le tramway pour rentrer plus vite chez soi. Qu'en résulte-t-il ? C'est que dès qu'on a repris ses sens, on se mord les pouces d'avoir été si sot en se disant qu'on aurait pu passer tout aussi bien que X... ou que Y..., qui ont plus d'estomac.

MM. les Chefs de conférence feront bien d'entraîner pendant l'année les candidats sur ce point particulier. Pour réussir un concours, il faut certes savoir concourir, mais il est tout aussi nécessaire de *vouloir* énergiquement concourir. Il en est de même dans la vie, pour réussir sa carrière, il ne suffit pas de savoir, il faut encore vouloir. Peut-être serait-il très utile, à ce point de vue, pour aguerrir les candidats, de les essayer deux ou trois fois dans la dernière année, en guise de répétition générale, à un concours complet, dont seraient les juges, soit les chefs de conférences eux-mêmes, soit mieux encore les chefs de clinique ou anciens chefs de clinique de la Faculté ne dirigeant pas ou ne dirigeant plus de conférences. En tous cas, par ce moyen ou d'autres appropriés, il est absolument nécessaire de tonifier préventivement le moral des futurs candidats. Ce doit être pour les chefs de conférences l'objectif des efforts de toute l'année.

Il semble aujourd'hui bien établi pour tout le monde qu'il serait plus logique et plus conforme à la fois aux intérêts des malades et à ceux de tous les étudiants, que le nombre des places d'internes titulaires mises au concours chaque année fût uniformisé, et égal au tiers du chiffre total des emplois, la durée de l'internat à Lille étant de trois ans. De cette façon, la difficulté des épreuves serait plus comparable d'une année à l'autre, les départs d'internes titulaires se feraient plus régulièrement au grand contentement des chefs de service et au grand bénéfice des malades, et il serait toujours facile de pourvoir par la nomination d'un nombre variable de provisoires, aux nécessités des services. Il faut espérer que l'Administration des hospices donnera satisfaction sur ce point à l'opinion générale.

Enfin, la présence parmi les candidats d'un interne provisoire d'une autre ville, qui, après de brillantes épreuve, a été reçu interne titulaire des hôpitaux de Lille, a rappelé au jury l'inégalité flagrante dans laquelle les règlements actuels placent nos élèves vis-à-vis de ceux d'autres universités. En effet, les externes des hôpitaux de toutes les villes qui sont le siège d'une Faculté de Médecine, peuvent à l'heure actuelle se présenter à l'Internat des hôpitaux de Lille, alors que la réciprocité n'est pas admise par les administrations de quelques-unes de ces villes. Le jury a donc émis à l'unanimité le vœu que des démarches soient faites auprès des administrations compétentes pour obtenir l'égalité de traitement pour nos élèves, faute de quoi serait enlevé aux élèves des administrations non consentantes, le privilège dont ils jouissent jusqu'à présent. H. SURMONT.

— **Le concours pour l'externat** s'est ouvert, lundi 3 novembre, devant un jury présidé par M. le professeur-doyen COMBEMALE, membre de la Commission des Hospices, et composé

de MM. Ausset, Carrière, Gaudier, Lambret, Gérard (Georges). Quinze candidats ont répondu à l'appel de leur nom.

Le sujet de la composition écrite était : *Articulation du genou ; adducteurs de la cuisse.* Restaient dans l'urne : *Clavicule ; diaphragme. Diaphragme ; articulation du coude. Omoplate ; muscles de l'épaule. Extrémité supérieure du fémur ; muscles de l'épaule.*

A l'épreuve orale, les candidats ont eu à traiter : *Signes des fractures ; vaccination.* Restaient dans l'urne : *Symptômes de la pneumonie lobaire aiguë ; ventouses sèches. Symptômes des épanchements liquides séro-fibrineux de la plèvre ; décrire une ponction exploratrice de la plèvre. Epistaxis ; tamponnement des fosses nasales. Injections hypodermiques ; symptômes et diagnostic des abcès chauds.*

A la suite des épreuves, dont quelques-unes très brillantes, ont été nommés externes : MM. Brasseur, Minet, Castiaux, Deré-maux, Paquet, Pinchart, Butruille (Paul), Butruille (Achille), Leclercq, Dernoncour, Descamps, Hocquette, Faidherbe, Patou, Horel.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Clermont-Ferrand. — M. le docteur Girod, professeur de physique, est nommé pour trois ans directeur à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

Angers. — M. le docteur Allanic, suppléant des chaires de physique et de chimie, est institué pour une période de neuf ans chef des travaux de physique et de chimie.

Limoges. — M. le docteur Biais, suppléant des chaires de physique et de chimie est prorogé dans ses fonctions pour trois ans.

Nancy. — M. le docteur Robert, préparateur des travaux pratiques de chimie, est nommé pour l'année scolaire 1902-1903 chef des travaux chimiques.

Toulouse. — M. le docteur Cestan, agrégé, est chargé pendant l'année scolaire 1902-1903 d'un cours de clinique chirurgicale, en remplacement du docteur Chalot, professeur de clinique chirurgicale, en congé sur sa demande pour raison de santé.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Valude, de Vierzon (Cher) ; Baudot, directeur du service de santé du 8e corps, à Bourges ; Schürrer, de Vesoul (Doubs) ; Tixier, de Vegre (Puy-de-Dôme) ; Rousselin, d'Elbeuf (Seine Inférieure) ; Delarue père, de Dieppe (Seine-Inférieure) ; Morère, de Palaiseau (Seine-et-Oise).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

44e Semaines, du 26 Octobre au 1er Novembre 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	12	6
3 mois à un an	10	3
1 an à 2 ans	7	5
2 à 5 ans	4	4
5 à 10 ans	3	4
10 à 20 ans	»	3
20 à 40 ans	9	12
40 à 60 ans	18	5
60 à 80 ans	13	16
80 ans et au-dessus	1	2
Total	77	60

Répartition des décès par quartier	CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS																					NAISSANCES par Quartier
	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	1	»	»	»	»	»	»	1	1	1	2	»	»	2	»	»	»	»	»	4	12	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	3	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	10	18	5
Moulins, 24,947 hab.	2	»	»	1	»	1	»	»	»	4	3	»	»	1	»	»	»	»	»	4	15	14
Wazemmes, 36,782 hab.	20	»	»	»	»	»	»	2	1	»	3	»	»	5	1	»	»	»	»	4	36	14
Vauban, 20,381 hab.	3	»	»	»	»	»	»	1	»	1	1	»	»	1	»	»	»	1	»	2	10	5
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	4	»	»	»	»	»	»	1	4	1	1	»	»	2	»	»	»	»	»	5	18	9
Esquermes 11,381 hab.	4	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2	8	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	2	2	»	»	»	»	1	7	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	7	19
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	4
Sud, 5,908 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	3
Total	38	»	»	1	»	4	»	7	11	7	11	»	»	16	4	»	»	1	»	37	137	89

N° 305. Sixième Année. N° 46 — Le Numéro : **10** centimes. — 16 Novembre 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La conférence internationale de la tuberculose

Berlin, 21-26 octobre 1902

Par le docteur **A. Calmette**, directeur de l'Institut Pasteur de Lille

La conférence internationale qui vient d'être tenue à Berlin pour l'étude des questions relatives à la lutte sociale contre la tuberculose avait été organisée par le Comité du bureau central international dont un vote du Congrès de Londres décida, en juillet 1901, la création. Ce comité était composé, pour l'Allemagne, des professeurs VON LEYDEN, B. FRAENKEL, GEERHARDT (mort récemment) et PANNWITZ, sous la présidence de M. ALTHOFF, directeur des affaires médicales au ministère de l'Instruction publique du royaume de Prusse et d'un certain nombre de délégués étrangers. M. PANNWITZ, secrétaire général de la Croix-Rouge allemande, désigné comme secrétaire général du Bureau central international, avait préparé le programme des travaux de la Conférence, et tous les médecins étrangers qui ont pris dans ces dernières années une part active à la lutte anti-tuberculeuse ont été priés d'y assister.

Le palais du Landtag de Prusse avait été mis tout entier à la disposition du Comité et les séances se tenaient dans la grande salle des délibérations. Un musée d'hygiène et de prophylaxie sociale anti-tuberculeuse s'y trouvait annexé. Ce musée, très riche, était divisé en neuf sections comprenant l'outillage anti-tuberculeux et les documents scientifiques qu'il y avait intérêt à grouper pour l'instruction des visiteurs.

La séance d'ouverture, présidée d'abord par le comte de POSADOWSKY-WEHNER, ministre de l'Intérieur et vice-chancelier de l'empire, puis par le président de la délégation française, le professeur BROUARDEL, fut consacrée aux discours de bienvenue et à un exposé fait par les présidents des délégations de l'état de la lutte anti-tuberculeuse dans chaque pays.

On aborda ensuite la liste des communications inscrites à l'ordre du jour de cette première séance. Les principales ont porté sur les différents modes d'hospitalisation et d'assistance des tuberculeux, l'organisation des sanatoriums, des polycliniques et des dispensaires, l'éducation anti-tuberculeuse du peuple, la surveillance des écoles, des ateliers et des logements insalubres, enfin sur la déclaration obligatoire de la tuberculose.

Aucune de ces questions n'a été discutée : chaque

orateur a dû se borner à exposer les conclusions de son rapport et l'ensemble de ces documents sera réuni en un volume qui paraîtra dans quelques semaines.

L'un des plus importants a été présenté par M. le professeur Landouzy en son nom et en celui de MM. Sersiron et Albert Weil, ses collaborateurs. Il se rapporte à l'*éducation anti-tuberculeuse scolaire*. M. Landouzy estime avec raison que l'éducation anti-tuberculeuse ne saurait commencer trop tôt et qu'elle doit être donnée par l'instituteur *à l'école* en même temps que les premiers enseignements de morale ; et pour rendre cet enseignement possible et pratique, il a imaginé de créer un organe éducateur spécial qui se compose de deux parties : 1° un schème-conférence, sorte de canevas destiné au maître, traitant succinctement des rapports de la tuberculose avec les milieux (villes, campagne, professions), avec la consommation d'alcool, avec ce que coûte de peines, de douleurs, d'infirmités, de chômage et d'argent la tuberculose dans les familles ; 2° une série d'images coloriées transparentes qu'on peut montrer à la lanterne magique et qui se rapporte à toute l'histoire de la tuberculose. On pourra ainsi fixer dans l'esprit des enfants, comme le font les images d'Epinal, les fables de La Fontaine, ou les contes de fées, une foule de notions d'hygiène pratique antituberculeuse qui les accompagneront définitivement dans la vie.

Plusieurs membres de la conférence, les docteurs Calmette (de Lille), de Lancastre (de Lisbonne) et Van Boggaert (d'Anvers) ont abordé ensuite dans une série de rapports la question de l'assistance des tuberculeux non sanatoriables et de leurs familles. Le Dr Calmette expose qu'en raison des capitaux énormes dont elle pouvait disposer, grâce à ses admirables institutions d'assurances ouvrières, l'Allemagne a pu orienter la lutte contre la tuberculose vers le sanatorium. En France la situation est tout autre. La lutte antituberculeuse ne peut compter chez nous que sur l'assistance publique et la bienfaisance privée, aidée de quelques subventions de l'Etat, généralement prélevées sur les fonds du Pari mutuel. D'autre part, les Sociétés de secours mutuels n'ayant pas les ressources suffisantes pour construire des sanatoriums, force était de s'orienter autrement. Il était nécessaire de chercher à combattre la diffusion de la tuberculose dans les milieux ouvriers en instituant dans chaque ville des œuvres locales, entretenues autant que possible par les municipalités et les groupements sociaux intéressés et ayant pour objectifs principaux la prophylaxie antituberculeuse, l'assistance à domicile des malades et l'éducation hygiénique des familles.

Ces œuvres dont la dénomination le plus généralement adoptée est celle de *dispensaires antituberculeux* se sont multipliées surtout depuis deux ans. Elles ne visent pas à remplacer la sanatorium qui doit être regardé comme le seul instrument efficace pour la cure de la tuberculose. Elles constituent seulement un moyen d'étendre au plus grand nombre possible de malades pauvres les bénéfices d'une assistance médicale et matérielle suffisante pour subvenir aux besoins les plus pressants et elles sont surtout un instrument précieux d'éducation populaire et de propagande antituberculeuse.

Malheureusement, si les conceptions qui ont guidé la plupart des organisateurs de ces dispensaires ont toujours été inspirées par des sentiments élevés de philanthropie et de solidarité humaine, il faut reconnaître que, presque partout, on a commis l'erreur grave de calquer le fonctionnement de ces œuvres sur celui des polycliniques ou des consultations de Bureaux de bienfaisance. Or, en matière de lutte antituberculeuse, il est indispensable de faire passer au second plan le rôle du médecin consultant. Il fallait surtout s'occuper de rechercher les malades, de les instruire de la nécessité de prendre des mesures particulières d'hygiène dans leur propre intérêt et dans celui de leur entourage ; il fallait veiller à la propreté et à la salubrité de leur logement ; il fallait prendre leur linge contaminé, le désinfecter et le blanchir ; il fallait surtout leur donner en abondance des secours alimentaires pendant toute la période de chômage que leur impose la maladie. Telle a été l'œuvre entreprise et poursuivie depuis près de deux ans par le dispensaire *Emile Roux*, de Lille.

La haute portée des institutions de ce genre dans la lutte sociale antituberculeuse a eu son retentissement en France : trois dispensaires municipaux vont être créés à Paris sur le même type que celui de Lille. Nantes, Autun, Dijon, Reims ont suivi l'exemple. En Belgique, les dispensaires de la province de Liège institués par Malvoz ont donné d'excellents résultats. Il en existe aujourd'hui à Bruxelles, à Mons, à Charleroi, à Tournai et il vient d'en être créé un autre à Anvers, dont le Dr Van Boggaert a exposé à la conférence le mode de fonctionnement.

Cette conception toute française de la lutte antituberculeuse a été accueillie avec beaucoup d'intérêt et d'attention par les membres allemands de la conférence qui lui ont reconnu le mérite de constituer à peu de frais un moyen puissant de prophylaxie et qui vont s'appliquer à la faire adopter tant par les caisses régionales d'assurances-invalidité que par la Croix-Rouge allemande.

Le « clou » de la conférence a été réservé pour la dernière séance, dans laquelle on a agité la grande question de l'unité ou de la dualité des tuberculoses humaine et animale, que la retentissante communication de Robert Koch au congrès de Londres avait remise en discussion alors qu'elle paraissait jugée depuis longtemps en faveur de l'unité par tous les bactériologistes et par tous les cliniciens. Le professeur Koehler, directeur de l'Office impérial de santé, a ouvert le débat par un long rapport très documenté et résumant exactement mais sans conclusions positives l'état du problème.

Le professeur Nocard, d'Alfort, a fait ensuite un lumineux et très éloquent exposé de ses importants travaux personnels sur la question. Il montre tout d'abord que la démonstration expérimentale de la transmission de la tuberculose bovine à l'homme étant irréalisable, on peut, du moins, rechercher s'il est possible d'infecter les animaux par la voie gastro-intestinale avec des cultures pures de tuberculose d'origine bien déterminée. Dans le but d'élucider ce problème, il a choisi l'animal qui présente les rapports physiologiques les plus étroits avec l'espèce humaine : il a fait ingérer à des singes quelques repas infectants composés de riz cuit et sucré mélangé pour les uns avec de petites quantités de cultures pures de tuberculose bovine, pour les autres avec des quantités égales de cultures de tuberculose humaine. Or il s'est trouvé que tous ces animaux sans exception ont pris la tuberculose intestinale et que ceux qui avaient ingéré la tuberculose bovine ont succombé plus rapidement que ceux qui avaient ingéré la tuberculose d'origine humaine. Il semble donc difficile d'admettre que l'homme, placé dans des conditions semblables, ne se comporterait pas de la même manière.

M. Nocard insiste sur ce fait que la tuberculose intestinale primitive est évidemment rare, parce que l'infection par le tube digestif s'effectue toujours difficilement et seulement lorsque les bacilles sont ingérés en grande quantité ou pendant longtemps. Mais il n'en résulte pas moins que cette ingestion présente de réels dangers, surtout chez les jeunes enfants et chez les malades ou les convalescents pour lesquels le lait constitue l'aliment principal et exclusif. Aussi doit-on maintenir et rendre même plus rigoureuses encore les mesures de protection basées sur la surveillance du lait et des laiteries. Il faut toujours recommander de faire bouillir le lait, puisque c'est le meilleur moyen de supprimer un mode de contamination dont l'expérimentation affirme la possibilité, sinon la fréquence.

L'examen des cas assez nombreux d'infection accidentelle de vétérinaires ou de bouchers ayant manipulé des viandes tuberculeuses démontre que dans certaines circonstances la tuberculose bovine a produit des lésions qui sont restées locales, alors que parfois ces lésions ont abouti plus ou moins rapidement à une tuberculose généralisée. D'autre part, il n'est pas douteux que certains bacilles d'origine humaine sont incapables d'infecter le bœuf, même par voie intraveineuse, comme l'a montré R. Koch, alors que des bacilles humains d'autre provenance se sont montrés parfaitement virulents et mortels pour le bœuf. M. Nocard en conclut qu'il existe chez le bacille tuberculeux comme chez tous les microbes pathogènes, des races douées de virulence variable, les unes provenant de l'homme ou d'autres animaux, capables d'infecter le bœuf, les autres non virulentes pour le bœuf, pour l'homme et même pour des animaux moins résistants. On ne comprendrait guère d'ailleurs qu'il en pût être autrement car l'étude biologique des microbes pathogènes nous apprend que chacun d'eux est susceptible d'acquérir ou de perdre sa virulence suivant la réceptivité ou la résistance des organismes vivants qui l'hébergent.

Le professeur Arloing, de Lyon, vient, après M. Nocard, soutenir la même thèse qu'il appuie sur ses nombreuses expériences personnelles, dont la plupart ont déjà été publiées. Il a expérimenté avec des bacilles tuberculeux humains de cinq origines différentes et a vu que certains de ces bacilles injectés aux veaux par voie intraveineuse, tuent très rapidement ces animaux, alors que d'autres leur communiquent seulement une maladie bénigne sans lésions apparentes.

D'autres orateurs, MM. Max Wolf, Orth, Bang rapportent à leur tour des faits positifs d'inoculation de

tuberculose humaine aux bovidés, tandis que MM. Baumgarten et Moeller citent des faits négatifs qu'ils ont observés.

Le professeur R. Koch clot le débat par une brillante conférence qui a duré plus d'une heure et au cours de laquelle il n'a cité aucun fait nouveau capable d'entraîner la conviction dans l'esprit de ses nombreux contradicteurs. Il a rappelé les arguments qu'il avait fait valoir au congrès de Londres, en insistant particulièrement sur les résultats négatifs de l'enquête qu'il poursuit actuellement auprès des instituts anatomo-pathologiques et des cliniques de tous les pays. Cette enquête prouve surabondamment, à ses yeux, l'extrême rareté de la tuberculose intestinale primitive et aussi l'inutilité de l'ébullition du lait, puisque les bacilles tuberculeux sont souvent très abondants dans la crème et dans le beurre, denrées alimentaires qu'on ne stérilise cependant jamais avant de les consommer.

D'après M. Koch, chez les enfants, la tuberculose intestinale n'est presque jamais primitive : elle résulte d'une infection secondaire et la cause de contamination de beaucoup la plus fréquente dans le jeune âge est certainement l'apport des poussières à la bouche avec les mains que les enfants promènent sans précaution sur le sol et sur les objets qui ont pu être souillés de crachats tuberculeux.

Le savant bactériologiste allemand estime que les dangers du lait ont été beaucoup exagérés en admettant qu'ils existent et qu'on a dépensé des sommes énormes pour protéger l'homme contre la contagion par la tuberculose bovine sans résultats appréciables, alors que la contagion d'homme à homme par les poussières de crachats tuberculeux étant, à coup sûr, très commune et très grave, on n'a presque rien fait jusqu'à présent pour l'éviter.

Placés sur ce terrain, on est obligé de reconnaître que les arguments du professeur R. Koch sont très solides. Il n'est pas douteux qu'on doive continuer à prendre des précautions pour éviter la transmission possible de la tuberculose des bovidés à l'homme par le lait des vaches atteintes de mammite tuberculeuse, mais il faut de toute évidence diriger à l'avenir la plus grande partie de nos efforts vers la lutte contre la transmission, infiniment plus fréquente, de la tuberculose de l'homme à l'homme et réserver la plus grande somme de nos ressources et de notre énergie pour combattre celle-ci.

Telle doit être la conclusion définitive de cet important débat.

* * *

Dans l'intervalle des séances de la conférence, les délégués ont été invités à visiter l'Institut des maladies infectieuses, dirigé par le professeur Koch, et les deux sanatoriums de Belzig et de Beelitz. Le sanatorium de Belzig, déjà construit depuis une dizaine d'années, est actuellement divisé en trois parties : l'une, comprenant 97 lits, est affectée aux malades des deux sexes payant 4 marks (5 fr.) par jour ; une aile plus récemment construite compte seulement trente lits et reçoit des ouvriers au compte des caisses d'assurances-maladies ; un troisième bâtiment, non encore terminé, est destiné à recevoir une centaine d'enfants tuberculeux, entretenus par les Sociétés de bienfaisance. Cet établissement est situé en plein bois, dans un joli site, mais il ne présente rien de spécial à signaler.

Le sanatorium de Beelitz est beaucoup plus digne de retenir l'attention : c'est une institution véritablement colossale, édifiée à l'aide de fonds prélevés sur les réserves des caisses d'assurances sociales contre l'invalidité et qui comprend toute une série de constructions indépendantes les unes des autres, disséminées en quatre groupes dans un immense parc boisé de 260 hectares. Deux de ces groupes sont affectés l'un aux tuberculeux hommes, l'autre aux tuberculeux femmes. Les deux autres groupes sont réservés aux convalescents d'autres maladies chroniques. L'établissement, dans son ensemble, reçoit actuellement 1500 malades, mais lorsqu'il sera achevé, il en abritera 4.000. Il a déjà coûté en frais de construction et d'aménagement la somme fabuleuse de 11 millions de francs.

Cette œuvre grandiose n'a pu être entreprise que grâce aux ressources énormes accumulées par la caisse régionale d'invalidité de Berlin. Elle dépasse en perfection de confort et même en luxe tout ce qu'on peut imaginer, et tous ceux qui l'ont visitée avec nous en compagnie de son génial promoteur, le Dr Freund, en sont restés stupéfaits. Beaucoup se sont demandé si ce n'était point une grosse faute d'avoir consacré des sommes d'argent considérables à des constructions d'un luxe vraiment inouï et s'il n'eût pas mieux valu en affecter une grande partie tout au moins à des œuvres d'assistances à domicile et à l'édification de nombreuses maisons ouvrières salubres où les malades et leurs familles eussent pu vivre non pas

temporairement, mais définitivement, dans des conditions matérielles plus compatibles avec leur état social. Quoi qu'il en soit, il est impossible de ne pas être saisi d'admiration devant cette conception merveilleuse que l'épargne ouvrière accumulée grâce aux caisses d'assurance obligatoire a permis de réaliser. Souhaitons que bientôt nous puissions entreprendre dans notre pays des œuvres ayant comme celle-ci pour but l'amélioration de l'hygiène des classes pauvres.

Après la clôture de la conférence, quelques-uns d'entre nous se sont rendus à Marbourg, sur l'invitation du professeur BEHRING, pour y visiter les laboratoires où cet illustre savant poursuit depuis 1897 ses magnifiques recherches sur la tuberculose. Ces laboratoires sont situés les uns à l'université, dans l'institut d'hygiène où le professeur BEHRING donne son enseignement, les autres dans une sorte de petit château (Schlosslaboratorium) construit tout exprès par le Maître pour son usage personnel et qui est situé à quelques centaines de mètres de la ville, en pleine montagne, dans un site merveilleux. C'est là que BEHRING a concentré l'outillage formidable qui lui permet de préparer des hectolitres de cultures tuberculeuses, de recueillir des kilogrammes de bacilles et d'étudier avec la collaboration de ses deux assistants, les Drs RUPPEL et ROHMER, toutes les questions relatives à la chimie et à la biologie du bacille tuberculeux. De nombreuses étables d'expériences sont disséminées dans les champs d'alentour, permettant un isolement parfait des animaux en observation.

Indépendamment des recherches qui ont abouti à l'isolement d'un poison tuberculeux spécial, dérivé du protoplasma des corps microbiens et auquel BEHRING donne le nom de *tuberculosine*, corps chimique cristallisé produisant chez les animaux tuberculeux la réaction caractéristique de la tuberculine, les travaux de ce laboratoire ont porté à peu près exclusivement dans ces dernières années sur la tuberculose bovine et sur la vaccination des bovidés contre l'infection tuberculeuse. Des tentatives déjà nombreuses d'immunisation des veaux paraissent avoir été couronnées de succès et ouvrent la porte aux espérances les plus grandes.

BEHRING démontre tout d'abord qu'il existe de notables différences de virulence entre les cultures tuberculeuses de diverses origines, comme l'avait déjà affirmé M. NOCARD, à Berlin. Les cultures virulentes tuent les souris inoculées par voie intrapéritonéale ; les cultures non virulentes sont au contraire inoffensives pour ce petit rongeur, ou ne le tuent qu'après plusieurs semaines. La souris constitue donc un excellent réactif permettant de déterminer la virulence des cultures. Lorsqu'on injecte aux veaux, par voie intraveineuse, de très petites quantités de cultures de *tuberculose humaine*, desséchées dans le vide et peu virulentes, ces jeunes bovidés ne réagissent pas, à moins qu'ils ne soient déjà tuberculeux. Les animaux qui n'ont pas réagi sont alors inoculés, au bout d'un mois, toujours par voie intraveineuse, avec de petites quantités de culture de tuberculose *humaine* récente et non desséchée. Ces deux inoculations successives suffisent à les vacciner efficacement : ils peuvent désormais, après deux mois environ, recevoir impunément une dose de culture de tuberculose *bovine* sûrement virulente et mortelle pour les veaux non vaccinés.

Cette méthode de vaccination, à laquelle BEHRING donne le nom de *Jennerisation antituberculeuse*, procède, on le voit, des mêmes principes qui ont guidé PASTEUR dans ses études sur la vaccination charbonneuse. Elle n'a pas encore fait ses preuves sur une assez vaste échelle pour qu'on puisse en juger définitivement la valeur, mais il ne semble pas douteux qu'il y ait là tout au moins des faits expérimentaux bien observés et très suggestifs.

Puissent les études du grand bactériologiste allemand, auquel l'humanité doit déjà l'admirable découverte du principe de la sérothérapie, aboutir bientôt à la découverte plus grandiose et infiniment plus précieuse des lois de l'immunisation artificielle contre le virus tuberculeux !

N'eussions-nous rapporté de la conférence de Berlin que ces quelques notions nouvelles relatives à la lutte contre la tuberculose sur le terrain social et sur le terrain bactériologique, que nous aurions déjà lieu de nous féliciter hautement de ces résultats immédiats. Mais son utilité a été plus grande encore, parce qu'on y a élaboré tout un programme d'action combinée entre les différents pays pour combattre l'ennemi commun.

Dans une séance du Conseil particulier des délégués de tous les pays, on a dressé les statuts définitifs du *Comité central international* qui va être désormais chargé de centraliser toutes les nouvelles, les documents et les matériaux concernant la lutte antituber-

culeuse dans les différentes nations, de dresser les requêtes aux Gouvernements et aux autorités compétentes, de provoquer les recherches scientifiques, les conférences et les réunions, enfin de publier tout ce qui intéresse les pouvoirs publics, les États, les médecins et les particuliers sur la question de la tuberculose.

Le siège du Bureau central international est à Berlin. Son fonctionnement est assuré par un Comité administrateur composé de six membres dont un Président. Il est actuellement composé de MM. ALTHOF, Directeur des affaires médicales au Ministère de l'Instruction publique de Prusse, et des Docteurs B. FRAENKEL et PANNWITZ pour l'Allemagne, A. CALMETTE pour la France, CHYSER pour l'Autriche-Hongrie, ROERDAM pour le Danemark, et RAW pour la Grande-Bretagne. Le docteur PANNWITZ est délégué dans les fonctions de Secrétaire Général du Bureau.

Un *Conseil particulier* comprenant des membres honoraires et des membres ordinaires se réunira à Berlin ou dans tout autre capitale d'État une fois par an. Les membres français de ce Conseil sont MM. BROUARDEL, LANNELONGUE, LANDOUZY, Prince D'AREMBERG, DE SABRAN, NOCARD, A. CALMETTE, ARLOING, LETULLE, MONOD, Léon PETIT et SERSIRON.

Pour assurer le fonctionnement du Bureau Central International jusqu'à ce qu'il dispose de ressources suffisantes et en attendant que les pays intéressés aient décidé de participer à ses dépenses, les fonds nécessaires seront avancés par « le Comité central allemand pour l'établissement de sanatoria pour tuberculeux. »

Cette organisation ainsi solidement assise va pouvoir se mettre immédiatement à l'œuvre et elle réussira sans doute à coordonner les efforts de tous les peuples vers le but qu'elle se propose d'atteindre. L'une de ses premières préoccupations devra être de préparer, pour le Congrès qui tiendra ses assises à Paris au mois d'octobre 1904, un grand traité d'alliance mondiale pour la lutte contre la tuberculose.

La médecine des accidents du travail au point de vue médico-légal

par le docteur **Deléarde**, agrégé, médecin-expert des Tribunaux

La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail a permis d'observer toute une catégorie de malades intéressants non seulement au point de vue clinique, mais encore au point de vue médico-légal. Ce sont les ouvriers victimes d'un traumatisme au cours du travail et à qui la loi assure, pendant toute la durée du traitement, la demi-journée de salaire et, dans certains cas, lorsqu'il y a mutilation ou infirmité permanente, une rente viagère proportionnelle au salaire de la victime et au dommage causé par l'accident.

C'est principalement à l'occasion de la fixation du chiffre de la rente qu'est consulté le médecin-expert. Le tribunal lui demande d'évaluer, après examen du blessé, la dépréciation au travail professionnel et la diminution de salaire consécutives au traumatisme.

Avant d'être considéré comme un invalide du travail et par conséquent avant de profiter des avantages de la loi relatifs au service d'une rente, l'ouvrier peut recevoir des soins pendant un an à partir du jour de l'accident. Ce n'est qu'à l'expiration de ce délai que la victime passe pour incurable et que sa situation doit être définitivement réglée.

C'est donc à ce moment, c'est-à-dire, entre plusieurs mois et un an après l'accident, que le médecin expert est appelé à procéder à l'examen du blessé. La guérison chirurgicale est obtenue, les fractures des os sont consolidées, les luxations réduites, les tissus cicatrisés, en un mot, il semble que l'état physique du blessé soit définitif, qu'il n'y ait rien à espérer d'une prolongation de traitement.

Cela peut être exact pour les mutilations sérieuses, mais ces cas ne sont certes pas les plus fréquents contrairement à ce que l'on serait tenté de croire. Ils n'entraînent du reste aucune espèce de litige, il n'y a pas matière à discussion et l'ouvrier reçoit son dû sous forme d'une rente viagère. Ce sont les cas classiques, mais je répète qu'ils ne sont pas les plus nombreux. En effet, à côté des estropiés, il y a un nombre considérable de blessés réclamant eux aussi le bénéfice de la loi mais dont l'état n'est pas définitif. Ce sont ou bien des simulateurs dont il faut dévoiler la ruse et les débouter de leurs prétentions, ou bien des ouvriers qui, par insouciance, ont laissé compliquer des blessures curables et présentent des infirmités passagères devant disparaître avec le temps et surtout avec de la bonne volonté. Devant de tels malades, le rôle du médecin expert est parfois délicat, car le législateur a voulu compenser la perte subie par la victime du fait de l'accident et non favoriser les partisans du moindre effort.

Et cependant, au moment de l'examen du blessé, l'impotence fonctionnelle est manifeste, l'ouvrier est incapable de reprendre son travail. Voici, choisi parmi de nombreux exemples, un cas qui se présente souvent. Un ouvrier se casse un membre, bras ou jambe ; il est soigné chez lui ou dans un hôpital, peu importe, on lui applique un appareil plâtré qu'il conserve pendant un temps variable, suivant la gravité et le siège de la fracture. Lorsqu'il a passé au repos le temps réglementaire à la consolidation osseuse l'appareil est enlevé, les mouvements, d'abord limités, puis de plus en plus étendus, sont imprimés au membre, le médecin continue à voir de temps à autre le blessé, lui recommande de se livrer à quelques exercices de façon à ramener la mobilité. Le temps s'écoule cependant, l'ouvrier se plaint de douleurs et de raideur dans les articutations voisines du foyer de la fracture, de fatigue précoce au moindre mouvement un peu prolongé.

Enfin, pour éviter toute souffrance, il se borne à un exercice très réduit, trop modéré même, il marche avec une canne ou porte le bras en écharpe, si bien que peu à peu s'installent l'ankylose articulaire et l'atrophie musculaire, qui non seulement retardent mais rendent impossible la reprise du travail. Un an se passe ainsi, l'ouvrier atteint l'époque du règlement légal de sa situation, il se présente devant le tribunal, se déclarant incapable de travailler et muni de certificats médicaux constatant la guérison de la fracture, mais la persistance des douleurs et l'impotence fonctionnelle dues à une ankylose articulaire ou à une atrophie musculaire. Voilà donc un estropié par insouciance ou pusillanimité, dont l'état n'est pas définitif, ce n'est pas encore un incurable, mais il est en réalité incapable de remplir les exigences de son métier. Je répète que ces cas sont d'observation courante, je pourrais en multiplier les exemples.

C'est ainsi que je voyais, il y a quelques jours, un ouvrier qui avait été atteint d'une hydarthrose traumatique du genou gauche ; c'était le diagnostic que portait le bulletin rédigé par le médecin traitant. L'accident remontait au mois de juillet 1901. Cet homme avait été soigné par les procédés ordinaires, il avait été au repos pendant deux mois et, ce délai écoulé, son médecin l'avait déclaré guéri et lui avait recommandé un exercice progressivement plus actif, de façon à récupérer peu à peu la totalité des mouvements et sa force musculaire. En septembre 1902, il ne présentait plus aucune trace d'hydarthrose, les mouvements articulaires provoqués étaient encore très étendus, mais il y avait une atrophie des muscles de la cuisse, telle que la cuisse gauche dans sa partie médiane était de cinq centimètres plus maigre que la droite. Voilà cependant un homme encore curable ; qu'on rende par un traitement approprié la vigueur aux muscles atrophiés et progressivement le blessé retournera à un travail d'abord proportionné à ses forces pour remplir, au bout de quelques semaines, son premier métier.

Les cas de ce genre sont dignes d'intérêt ; j'estime même que de semblables malades ne devraient pas être abandonnés. Les déclarer atteints d'une infirmité permanente et partielle constitue à mon avis une exagération dans l'appréciation de leur état ; je dis même que c'est leur rendre un mauvais service et agir à leur détriment que de conclure ainsi.

En effet, prenons le cas de notre homme à l'hydarthrose du genou, impotent par suite de l'atrophie des muscles de la cuisse gauche et supposons-le de ce fait atteint d'une infirmité permanente et partielle du membre inférieur gauche : La rente qu'il recevra ne peut être, en vertu d'un article de la loi, supérieure à la moitié de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire. Or, l'atrophie des muscles de la cuisse est considérée en Allemagne comme amenant une diminution de 20 % des salaires.

Disons en passant que le tarif allemand est très souvent choisi par les magistrats. Notre homme gagnait six francs par jour, soit 2.190 fr. par an (à condition qu'il travaille les dimanches et jours fériés), dont le vingtième est 438 et la moitié 219 fr., somme annuelle versée à la victime. Du jour au lendemain cet ouvrier au lieu de toucher la moitié de son salaire, soit 3 fr. par jour, recevra 219 fr. par an ou 54 fr. 75 par trimestre et comme il lui est impossible de travailler puisqu'il marche avec une canne il se trouve donc réduit, lui, père de famille, à vivre avec une somme dérisoire, c'est la misère au foyer.

Ce raisonnement, cependant très logique, n'est pas compris, tant s'en faut, par les ouvriers qui escomptent leur rente et se figurent toucher beaucoup plus que ce à quoi ils ont droit. Quelques-uns se laissent même conseiller par des agents d'affaires à l'affût de toutes les victimes du travail qu'ils exploitent honteusement en leur laissant entrevoir la possibilité de gros bénéfices purement chimériques et en leur réclamant

après le procès des honoraires qui sont à déduire encore sur la somme allouée par le tribunal.

On voit donc que l'intérêt de l'ouvrier est de suivre scrupuleusement les conseils qu'il reçoit du médecin qu'il a choisi, comme le devoir de ce dernier est de soigner consciencieusement son malade et de s'efforcer à lui restituer l'usage du membre ou de la partie traumatisée; c'est le rétablissement aussi prompt et aussi complet que possible de la fonction qui doit guider toute la thérapeutique des accidents du travail.

C'est dans ce but que, dans les pays où la loi sur les accidents du travail est depuis longtemps en vigueur, il s'est fondé des Instituts spéciaux où les blessés, à leur sortie des hôpitaux, reçoivent les soins qu'on ne peut leur donner d'une facon complète dans les grands services chirurgicaux ou chez eux. En Allemagne, en Autriche, en Italie, en Suisse, il existe, en effet, des Instituts de mécanothérapie, de massage et d'électrothérapie, où l'on termine la cure commencée autre part; l'ouvrier, sous la surveillance de médecins, se livre à des exercices, combinés de telle façon que le fonctionnement du membre traumatisé est rétabli peu à peu.

On a même été plus loin en organisant des cours spéciaux de médecine des accidents du travail. En France on en est encore à la période de début Les Instituts de mécanothérapie sont peu nombreux ; à Paris, les Compagnies d'assurances viennent de subventionner un cours professé par le Dr Rémy, agrégé, sur la médecine des accidents du travail, et j'ai entendu dire que l'on étudiait le projet d'installation d'hôpitaux spécialement réservés aux victimes du travail.

Ce simple aperçu donne une idée de l'importance d'un pareil sujet et montre combien il y a encore à faire pour rendre parfaite l'application d'une loi, dont le principe de justice et d'équité éclate aux yeux de tous

Ce que j'ai dit pour les ouvriers atteints d'ankylose articulaire et d'atrophie musculaire curables ou mieux encore évitables, s'applique également à une autre catégorie de blessés, à ceux qui présentent des phénomènes d'hystéro-traumatisme. Leur fréquence est très grande, j'irai même jusqu'à dire qu'ils sont à rechercher chez tous les blessés, car il est rare de ne pas les rencontrer. J'ai recueilli des observations très intéressantes, entre autres, celle d'un jeune homme atteint de maladie de Brodie, ou pseudo-fracture de la colonne vertébrale (*Gazette des Hôpitaux*, juillet 1902).

Il suffit parfois de très peu de chose pour les guérir et pour leur rendre la validité qu'ils croyaient avoir perdue pour toujours. J'ajouterai que certains tribunaux n'indemnisent pas les hystéro-traumatiques; c'est, après tout, un moyen comme un autre de les guérir, car en leur enlevant l'espoir d'une rente on les met dans l'obligation de retourner au travail.

Pour quiconque s'intéresse aux blessés de l'industrie soit comme médecin traitant, soit comme médecin expert, il ressort nettement ce fait : qu'à côté des soins chirurgicaux tels que les pansements, l'applications d'appareils, il y a des soins médicaux qui s'adressent à la restitution de la fonction. En tête de ces derniers je placerai la surveillance rigoureuse du blessé après la cicatrisation de la plaie de façon à éviter les complications fréquentes des traumatismes, ankylose, atrophie, cicatrisation vicieuse, phénomènes hystériques. L'ouvrier dont le moral est facilement touché, même lorsqu'il est en bonne santé, s'abandonne encore plus facilement à tous les caprices de son imagination lorsqu'un accident l'oblige à un repos forcé.

L'examen des blessés du travail longtemps après l'accident permet donc de trouver à côté des cas franchement chroniques et à jamais irrémédiables comme la perte de la totalité ou d'une partie d'un membre, les ouvriers dont l'état n'est pas définitif et à qui des soins donnés peuvent procurer un soulagement très voisin d'une guérison radicale. Ces cas méritent d'être signalés à l'attention des médecins traitants, comme à celle des patrons.

Ce n'est pas pour de tels malades que la loi a été faite, car, sous prétexte de soulager les malheureuses victimes de l'industrie, il ne faut pas encourager les mauvaises volontés, ni laisser s'installer des infirmités incurables chez des individus qui ont besoin de toutes leurs forces pour assurer l'existence d'une famille souvent nombreuse.

Aussi, en pareille circonstance, j'estime que le médecin expert doit nettement indiquer, dans son rapport, sous quelles influences les altérations qu'il constate se sont formées, expliquer la pathogénie des complications dont se plaint le blessé, en faire connaître le remède et conclure que l'état de l'ouvrier n'étant pas définitif, il n'y a pas lieu de le considérer comme atteint d'une infirmité permanente et partielle.

De telles conclusions sont l'expression de l'exacte

vérité, elles sont conformes aux intérêts de l'ouvrier qui doit préférer à une rente illusoire un salaire complet. On m'objectera sans doute que cette dernière considération ne doit pas entrer en ligne de compte dans l'appréciation du dommage causé par l'accident; je répondrai à cela que lorsque le médecin expert, tout en restant dans la pleine droiture de sa conscience, peut faire profiter par une juste décision les deux parties en cause, il rend un double service, au tribunal qui lui demande son avis, et à un malheureux qu'il éloigne de la misère.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Les Bouilleurs de cru. — Privilège. — Fraude. — Alcoolisation, par MM. A. Antheaume et L. Antheaume (C. Naud. éd., 3, rue Racine, Paris.

Les auteurs se sont efforcés de présenter aussi complètement que possible l'état actuel de la question des bouilleurs de cru qui intéresse non seulement les économistes et les moralistes, mais aussi les hygiénistes. Elle doit préoccuper le médecin par les conséquences qui résultent de l'abus du privilège et qui se résument dans l'alcoolisation du bouilleur, de sa famille, et dans la propagation du goût des boissons spiritueuses.

Ce travail comprend trois parties. Dans la première, les auteurs traitent la question au point de vue fiscal et montrent que la situation des bouilleurs de cru se résume en ces mots : l'inégalité devant l'impôt.

Au point de vue économique, le privilège des bouilleurs de cru est en contradiction avec les intérêts de la viticulture, de l'agriculture, de l'industrie et du commerce.

Le troisième chapitre intéresse particulièrement les médecins ; il renferme tous les documents relatifs à la façon dont l'alcoolisme se propage dans les pays où le privilège existe. Il existe un préjugé qui consiste à croire que l'eau-de-vie naturelle et en particulier celle distillée par les bouilleurs de cru est incapable de créer les accidents de l'alcoolisme.

La chimie, la physiologie et l'expérimentation montrent que les fameuses eaux-de-vie naturelles sont nuisibles pour l'organisme et contiennent autant ou même plus de produits étrangers que les alcools industriels. Si on envisage le degré alcoolique des deux eaux-de-vie naturelles et industrielles quand elles sont livrées au consommateur, il est facile de se convaincre que les eaux-de-vie naturelles ont toujours un degré alcoolique plus élevé et jamais inférieur à 50° ; les eaux-de-vie de l'industrie ne dépassent jamais 42 ou 45° ; d'où la conclusion qu'il vaut mieux pour la santé prendre un verre d'eau-de-vie artificielle qu'un verre d'eau-de-vie naturelle. Si on s'adresse à l'expérimentation pour comparer la toxicité des alcools naturels et des alcools d'industrie, il ressort nettement que les premiers sont les plus toxiques.

Les auteurs montrent ensuite comment le privilège des bouilleurs de cru constitue un des meilleurs moyens de propager parmi les populations de nos campagnes le goût des boissons spiritueuses. La famille entière des bouilleurs s'abreuve d'alcool ; l'intoxication journalière détermine une hérédité fatale. De plus, le bouilleur, fraudant le fisc, vend à un prix peu élevé le mauvais alcool qu'il ne consomme pas ; il joue le rôle de cabaretier. Souvent encore, il paye ses ouvriers en alcool, ce qui contribue à la diffusion de l'alcoolisme.

La conclusion du travail de MM. A. et L. Antheaume peut se résumer ainsi : La suppression du privilège des bouilleurs de cru s'impose comme moyen de prophylaxie contre l'alcoolisme ; ce privilège inique choque à la fois le bon sens et la morale.

L. M.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

L'hygiène scolaire en Allemagne

Les médecins scolaires et la Commission d'hygiène. — L'alcoolisme à l'école. — La question de l'écriture gothique. — La carrière de l'enseignement au point de vue de l'équilibre mental.

En Allemagne, comme ailleurs, les questions d'hygiène scolaire préoccupent de plus en plus les pouvoirs publics. L'organisation des médecins scolaires a été complétée par la décision ministérielle du 23 mars 1901. En vertu de cette décision, aucune école, quelle qu'elle soit, ne pourra, même dans la plus petite localité, rester plus de cinq ans sans être visitée très minutieusement par le médecin scolaire. Cette inspection, qui pourra se répéter à intervalles plus fréquents suivant les besoins, aura non seulement pour but de constater l'état de santé des élèves, mais encore celui de l'école au point de vue de l'installation et des conditions hygiéniques (éclairage, chauffage, eau, cabinets, nombre d'élèves, etc.). En outre, le médecin scolaire devra se tenir constamment en rapport avec les personnes qui ont charge de l'école (*Landrat*, inspecteur, directeur, maîtres, notables de la localité). Ces nouvelles dispositions sont destinées à compléter l'organisation des *commissions d'hygiène* établies par la loi du 16 septembre 1899, et qui sont prescrites obligatoirement pour les communes de plus de 5.000 âmes, ou peuvent l'être même pour des communes moins importantes si l'autorité centrale le juge à propos. Depuis le 1er avril 1901, toutes les commissions d'hygiène fonctionnent ; le médecin scolaire du district en fait partie de droit et peut en provoquer la réunion. Ajoutons pour terminer que les médecins scolaires ont un traitement suffisant, et doivent s'interdire l'exercice de la médecine en dehors de leurs fonctions.

***

Le huitième Congrès international contre l'alcoolisme s'est tenu à Vienne du 9 au 14 avril 1901, et on a pu en lire ailleurs des comptes-rendus. Rappelons seulement ici que le ministre

de l'instruction publique et des cultes d'Autriche, M. DE HARTEL, président d'honneur du Congrès, a pu affirmer qu'à Vienne il y avait environ 50 p. 100 des enfants des écoles qui faisaient régulièrement usage des boissons alcooliques, et qu'en Bohême il y avait environ 25.000 ivrognes connus de la police, dont le vice menaçait environ 75,000 enfants Dans son très intéressant rapport spécial sur l'alcoolisme chez l'enfant, le docteur KASSOWITZ, professeur d'hygiène de l'enfance à l'Université de Vienne, a éloquemment réfuté les erreurs courantes sur les prétendues qualités utiles de l'alcool (toniques, digestives, fébrifuges, antiseptiques, etc.), et a démontré, notamment, en s'appuyant sur des expériences irréfutables, que l'alcool, même en qualité minime, avait sûrement pour effet d'affaiblir la faculté d'apprendre chez les enfants.

***

Ailleurs, au Congrès d'hygiène tenu à Wiesbaden le 31 mai 1901, on s'est occupé de l'unification des caractères d'écriture.

Le directeur d'école MÜLLER, de Wiesbaden, a osé, contre le préjugé populaire, proposer l'adoption exclusive des caractères romains, dont la clarté explique l'usage unanimement préféré pour les enseignes, les atlas, les cartes postales, etc. Après avoir montré quel avantage il y aurait pour les enfants des écoles à avoir quatre alphabets de moins à apprendre, il s'est élevé contre la routine et le faux amour-propre national qui font maintenir les caractères gothiques dans la seule Allemagne. Il a rappelé en effet que les premiers caractères employés en Allemagne furent les caractères romains, et que ce fut au moyen-âge seulement que des moines français calligraphes trouvèrent bon d'orner ces caractères si simples et si claires des accessoires bizarres qui en ont fait la gothique. Le docteur GERLOFF, oculiste de Wiesbaden, a rappelé que l'écriture gothique favorisait singulièrement la myopie, parce que la lecture des caractères gothiques demande plus de temps et beaucoup plus d'efforts que celle des caractères romains. Il a même affirmé que cette fatigue était encore plus grande lorsqu'il s'agissait d'écrire.

Si raisonnables que soient ces propositions, il ne paraît pas qu'elles aient chance d'être acceptées de si tôt par le peuple allemand, qui met un singulier amour-propre à conserver un usage depuis longtemps rejeté par les autres pays, notamment par les pays scandinaves.

***

Le docteur GRUNNER, bien connu en Allemagne par ses travaux de physiologie psychologique, s'est livré à d'intéressantes recherches sur les dangers que peuvent offrir les fonctions de l'enseignement au point de vue de l'équilibre mental. Il a pu établir d'abord que dans les établissements d'aliénés, la proportion des institutrices était de 1 sur 80 à 90 femmes malades. La proportion des institutrices par rapport à la population féminime étant, d'après le dernier recensement, de 1 sur 350, il en résulte, selon lui, que le péril des maladies mentales serait quatre fois plus grand pour elles que pour la moyenne générale des femmes.

La situation est encore plus grave pour celles qui se trouvent dans la période de préparation de leur examen. Le savant professeur estime qu'ici le péril est dix fois plus grand que pour la moyenne des femmes, et il conclut ainsi : « Pour les femmes employées au téléphone et dans les magasins, on conçoit leur nervosisme, parce que leur travail ne trouve pas d'écho dans l'âme feminine ; mais que le travail de l'enseignement, qui répond si bien à la nature des femmes, présente de tels dangers, cela donne beaucoup à réfléchir. »

Les statistiques manquent pour les hommes, mais le docteur ZILLER, qui s'occupe également de ces questions, pense que le péril doit être égal. A. PINLOCHE.

(*Revue Pédagogique* du 15 septembre 1902).

A qui appartient une prescription médicale ?

par le docteur P. CARLES.

Ce sujet, qui est de nature à intéresser autant la médecine que la pharmacie, a été discuté naguère à la Société de pharmacie de Bordeaux. M. CARLES vient de lui consacrer les lignes suivantes dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (1) :

« En réalité, une prescription appartient à celui qui l'a payée à un médecin consultant. Telle a été l'opinion de la Société ; et cet avis est si bien partagé par la généralité du corps pharmaceutique, que, dans toutes les grandes villes de France, les ordonnances sont rendues au malade avec les médicaments. Le pharmacien se contente d'en prendre copie sur un registre *ad hoc* et d'y apposer la griffe de sa maison.

Cette règle comporte, toutefois, diverses exceptions.

Ainsi, dans les campagnes, l'usage est tout opposé et dans les petites villes on pratique un système mixte. En voici les motifs :

Dans les campagnes, les médecins indiquent peu par écrit la façon d'employer les médicaments, ils n'ajoutent guère de *direction*, comme disent les Anglais, surtout quand le malade est illettré. Aussi, dans ce cas, la prescription intéresse-t-elle peu le malade lui-même ; les termes lui sont inconnus, le papier ressemble à tous ceux de la maison ; il pourrait y avoir méprise tôt ou tard, et il préfère laisser la prescription chez le pharmacien, où elle est classée et tenue à sa disposition.

Enfin, ce genre de clients aimant bien les longs crédits, le pharmacien insiste de son côté, pour garder les prescriptions vu qu'elles constitueront toujours pour lui une justification de ses réclamations et même une sorte de nantissement moral.

Avec les administrations et les sociétés de secours mutuels, les ordonnances ne sont jamais rendues aux malades eux-mêmes ; elles sont conservées par le pharmacien jusqu'à la fin du trimestre courant, comme preuves à l'appui de son mémoire.

(1) 27 juillet 1902.

A ce moment, elles sont rendues à celui qui réellement les paie.

Au dire de certaines personnes n'ayant jamais pratiqué la profession, ce passage de l'ordonnance dans des mains tierces, constitue une violation du secret professionnel ; car, à la lecture d'une prescription, un administrateur comptable peut pressentir l'existence de certaines maladies. L'objection est exacte. Mais on peut repartir qu'avant d'accepter les statuts de la Société, le malade a su qu'il en serait ainsi. Et d'ailleurs, s'il veut cacher sa maladie, il lui est toujours loisible de payer lui-même le médicament et de rentrer en possession de sa prescription. Mais nous n'avons jamais ouï dire qu'il se soit jamais produit aucune difficulté sur ce point. Quand un sociétaire devient malade, il sait très bien que la Société connaîtra la nature de son mal. Le cacher, ce serait se priver de veilleurs compétents, ce serait renoncer à l'indemnité journalière de maladie, ce serait enfin une façon d'indisposer le président, qui a le devoir légal d'indiquer, tous les ans, au ministre, les maladies dont les sociétaires ont le plus souffert.

Quant à l'ordonnance momentanément déposée chez le pharmacien, il est entendu qu'elle est là au secret absolu ; et qu'en dehors de l'autorité judiciaire, nul n'a le droit d'en requérir communication, pas même celui qui l'a signée.

Lorsque cette ordonnance a été remise entre les mains de l'administration de la Société il est expliqué que le pharmacien n'en est plus responsable et qu'il n'a plus lui-même le droit de la réclamer. Pour la sauvegarde de ses intérêts la copie qu'il a dû en garder sur ses livres suffit, jusqu'à preuve contraire.

Enfin, il est une autre circonstance où le pharmacien a le droit et même le devoir de ne pas rendre une prescription médicale ; c'est lorsqu'il a été commis, par le signataire, une erreur, un lapsus important, que le pharmacien n'a d'ailleurs pas le droit de corriger.

Rendre alors l'ordonnance, même sans l'avoir exécutée, c'est exposer après soi un confrère distrait, un élève novice à ne pas relever l'erreur et à livrer un remède qui peut être nuisible et même funeste au malade ; c'est porter à la connaissance de plusieurs personnes compétentes qu'une faute médicale a été commise ; c'est coopérer au discrédit que l'auteur peut en éprouver ; c'est se dessaisir naïvement d'une sauvegarde légitime lorsque (ce qui est très exceptionnel) celui qui a commis l'erreur, dûment avisé, ne veut pas en convenir et insiste pour que la prescription soit exécutée telle quelle.

Mais il est entendu que, dans ce dernier cas, si le malade la réclame, copie certifiée conforme doit lui être remise. »

MOTS DE LA FIN

— Docteur, je ne sais si je m'abuse, mais il me semble que je perds la mémoire ?

— Oh ! pour cela, j'en suis sûr, car vous ne m'avez pas encore soldé mes honoraires d'il y a trois ans.

(Marseille Médical).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le **Concours pour l'internat en pharmacie** s'est ouvert le lundi 3 novembre sous la présidence de M. Houdoy, administrateur des Hospices, devant un jury composé de MM. Thibaut, agrégé libre ; Leclair et Bouriez, pharmaciens. Six candidats étaient présents.

L'épreuve écrite portait sur *Généralités sur l'alcool, les alcoolats, les alcoolatures et les teintures.*

A l'épreuve orale, les candidats traitèrent de *l'Antimoine et de ses composés employés en pharmacie.*

A la suite de ce concours ont été nommés : MM. Roy, Béal, Leray, Fichaux, internes titulaires ; Vanlin, interne provisoire.

— Par arrêtés ministériels du 10 novembre, M. le docteur Gaudier, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1902-1903, d'un cours complémentaire de clinique chirurgicale des enfants en remplacement de M. le docteur Phocas, agrégé, démissionnaire ; et M. Donzé, pharmacien de 1re classe, chef des travaux de chimie organique, en remplacement de M. Sallerin, démissionnaire.

— Par arrêtés rectoraux de diverses dates ont été récemment nommés :

M. le docteur Juste Colle, délégué dans les fonctions de prosecteur d'anatomie, en remplacement de M. Romignot, décédé ;

M. le docteur Vandeputte, chef de clinique médicale, en remplacement de M. Huyghe, dont le temps d'exercice est terminé.

M. Dubois (Lucien), étudiant en pharmacie, préparateur de chimie organique, en remplacement de M. Donzé, promu ;

M. Bailljeul, étudiant en pharmacie, aide-préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Coliol, décédé ;

M. Helleboid, étudiant en pharmacie, aide-préparateur de parasitologie, en remplacement de M. Breton, démissionnaire ;

M. Cornil, étudiant en pharmacie, aide-préparateur de physique, en remplacement de M. Castelin, démissionnaire ;

M. Rembert, étudiant en pharmacie, aide-préparateur de matière médicale, en remplacement de M. Guivrez, démissionnaire ;

M. Verdier, étudiant en pharmacie, aide-préparateur de chimie minérale, en remplacement de M. Bouhour, démissionnaire.

— Parmi les affectations de résidence attribuées ces jours derniers aux aides-majors de 2e classe du **service de santé militaire**, nous relevons les suivantes qui intéressent notre région. Sont affectés au 43e d'infanterie à Lille, M. le docteur Barthelemy ; au 45e d'infanterie à Laon, M. le docteur Maisonneuve ; au 84e d'infanterie à Avesnes, M. le docteur Epaulard ; au 72e d'infanterie à Amiens, M. le docteur

Potet ; au 87e d'infanterie à Saint-Quentin, M. le docteur Lecomte ; à l'hôpital militaire de Lille, M. Julien-Laferrière ; au 147e d'infanterie à Rocroy, M. le docteur Macaire ; au 145e d'infanterie à Maubeuge, M. le docteur Duvau ; au 21e dragons à Saint-Omer, M. le docteur de Saint-Vincent-de-Parois.

Notre Carnet

M. le docteur Gugelot, de Waziers, près Douai, nous fait part de la naissance de son fils Narcisse. Nous adressons à notre excellent confrère nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Amiens. — M. le docteur Dhourdin, professeur d'anatomie descriptive à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé professeur honoraire.

— M. le docteur Labarrière est nommé professeur d'anatomie.

Montpellier. — M. le docteur Bertin-Sans, agrégé des Facultés, est nommé professeur d'hygiène à la Faculté.

— M. le docteur Imbert, agrégé des Facultés, est nommé professeur de chimie minérale et toxicologie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier.

Clermont-Ferrand. — M. le docteur Cavalie, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé professeur d'anatomie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand.

Distinctions honorifiques

Instruction publique. — Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs Bardon, de Brive (Corrèze) ; Fournié, directeur du service de santé du 12e corps ; *Officiers d'Académie* : MM. les docteurs Abadie, de Mirande (Gers) ; Bergougnoux et Bosche, de Brive (Corrèze) ; Pierron, de Langres (Haute-Marne) ; MMes Naoux, en religion sœur Ambroise ; Touzelier, en religion sœur Joséphine, de l'hôpital de Brive (Corrèze).

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Froidefond, de Thenon (Dordogne) ; Arohnson, médecin de 1re classe de l'armée en retraite ; Voisin, de Saint-Léonard (Haute-Vienne) ; Marvaud, directeur du service de santé du 18e corps à Bordeaux (Gironde) ; Caron, de Rouen (Seine-Inférieure) ; Angot père, de Laval (Mayenne).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

45e Semaine, du 2 au 8 Novembre 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	11	4
3 mois à un an	9	6
1 an à 2 ans	3	6
2 à 5 ans	3	6
5 à 10 ans	3	2
10 à 20 ans	»	6
20 à 40 ans	9	9
40 à 60 ans	10	6
60 à 80 ans	10	11
80 ans et au-dessus	2	1
Total	60	57

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	2	»	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	6	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	3	»	»	»	»	»	»	1	2	»	3	»	»	1	2	»	»	»	»	5	17	9
Moulins, 24,947 hab.	3	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	5	12	16
Wazemmes, 36,782 hab.	17	»	»	»	2	»	»	1	»	2	2	»	»	6	»	»	»	»	»	4	34	24
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	1	»	»	»	»	1	1	1	»	»	3	»	»	»	»	»	1	8	10
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	4	»	»	»	»	»	»	1	»	2	2	»	»	1	»	»	»	»	»	4	14	12
Esquermes 11,381 hab.	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	6	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	6	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	6	8	13
Canteleu, 2,836 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	6
Sud, 5,908 hab.	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	7
Total	36	»	»	1	2	»	»	4	8	5	11	»	»	14	2	»	»	1	»	33	117	115

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 306. Sixième Année. N° 47. Le Numéro : 10 centimes. 23 Novembre 1902

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Influence de la variole sur la grossesse et les suites de couches

d'après l'épidémie de Lille (semestre d'avril à fin septembre)

par **M. H. Brassart**, Interne des hôpitaux

Pendant longtemps l'on crut — et c'est encore aujourd'hui un préjugé populaire — que la grossesse conférait aux femmes une sorte d'immunité contre les maladies contagieuses et en particulier contre la variole.

MAURICEAU en 1668, puis SERRES en 1832, montrèrent, les premiers, l'influence néfaste de la variole sur la grossesse. SERRES, dans son travail intitulé : *Considérations nouvelles sur la variole et son traitement*, rapporta que sur vingt-sept femmes enceintes atteintes de variole, vingt-trois avortèrent et vingt-deux moururent. En 1837, GARIEL porte un diagnostic plus sombre encore. CHAIGNEAU en 1847, HERVIEUX en 1864 considèrent la variole chez la femme enceinte, comme exceptionnellement grave. Toussaint BARTHÉLEMY, en 1880, donne une statistique un peu moins sévère que celle de SERRES. Sur vingt-cinq femmes enceintes atteintes de variole, onze avortèrent et huit moururent. SAN GRÉGORIO rapporte soixante-douze cas de variole chez des femmes enceintes ; sur ces soixante-douze cas, il y eut trente-et-un avortements et vingt-six morts. TALAMON, en 1888, note quatorze avortements sur vingt-quatre femmes. Pendant l'année 1892, H. RICHARDIÈRE a observé treize femmes enceintes atteintes de variole à l'hôpital d'Aubervilliers. Sur ces treize malades, il nota six avortements et trois morts. COURÉMENOS, en 1900, sur trente-deux femmes enceintes atteintes de variole, note neuf avortements et six morts.

Pendant l'épidémie de variole qui sévit encore actuellement à Lille, nous avons pu observer dans le service de M. le professeur COMBEMALE, a l'Hôpital de la Charité, un certain nombre de femmes enceintes atteintes de variole. Nous avons ainsi réuni vingt-neuf observations qui vont nous servir à apprécier l'influence qu'a eue la variole sur la grossesse et les suites de couches dans l'épidémie actuelle.

Sur les vingt-neuf malades que nous avons suivies : une a fait de la varioloïde ; dix-neuf ont fait de la variole discrète ; trois ont fait de la variole confluente ; six ont fait de la variole hémorrhagique.

Nous allons voir quelle a été l'influence respective de ces différentes formes cliniques de la variole.

I. — Influence de la varioloïde

Bien que la varioloïde soit généralement bénigne, elle peut néanmoins, dans certains cas, provoquer l'avortement chez la femme enceinte ; tels sont les cas rapportés par WELCH, SAN GRÉGORIO de Milan, BARTHÉLEMY et L. MAYER. Ce dernier auteur, dans une statistique, note quatre avortements sur trente-sept cas.

L'interruption de la grossesse est néanmoins considérée comme l'exception dans cette forme de la variole et à côté des cas malheureux on pourrait en citer beaucoup d'autres où la grossesse a continué son cours normal.

Charpentier rapporte un cas de varioloïde chez une femme enceinte de six mois ; la malade guérit et accoucha à terme d'un enfant bien portant. Richardière cite deux cas de varioloïde ; dans les deux cas, la mère guérit et continua sa grossesse. Barthélemy cite un cas de varioloïde chez une femme de vingt-et-un ans, enceinte de quatre mois environ. La femme avorta au vingt-cinquième jour et guérit. A côté de ce cas malheureux, il en cite un autre où la femme, enceinte de trois mois et demi, guérit sans menaces d'avortement et il ajoute : « Nous pourrions citer plusieurs autres cas où la varioloïde a été aussi bénigne pour la grossesse peu avancée. »

Quant à nous, nous n'avons eu l'occasion de voir qu'un seul cas de varioloïde chez une femme enceinte de sept mois. Malgré cette période avancée de la grossesse, la malade guérit sans menaces d'avortement.

En voici, d'ailleurs, l'observation résumée :

Observation. — B.... Roseline, 17 ans, primipare, entre au pavillon le 26 juillet 1902. Elle est enceinte de sept mois ; vaccinée avec succès étant jeune, n'a jamais été revaccinée.

Prodromes apparus le 21 juillet et caractérisés par de la rachialgie, de la céphalée et des vomissements. A son entrée au pavillon le 24 la malade présente des macules assez nombreuses sur la face et sur le corps ; les membres inférieurs en présentent peu. Cette éruption est apparue le jour même ; l'état général est très bon ; l'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; la femme sent bouger l'enfant et l'auscultation en révèle les battements cardiaques.

25 Juillet. — En dehors des papules, apparition de plaques ortiées.

26 Juillet. — Les plaques ortiées sont disparues, sauf aux jambes les papules se transforment en vésicules ; évolution normale.

29 Juillet. — Etat général très bon ; pas de fièvre de suppuration ; la température est normale ; les éléments éruptifs s'affaissent et disparaissent sans laisser de traces. La femme sort guérie le 31 juillet ; la grossesse continue son cours normal.

II. — Influence de la variole discrète

Dans cette forme de la maladie, l'avortement, sans être la règle, est considéré comme étant beaucoup plus fréquent que dans la forme précédente.

En 1872, Lothar Mayer, sur trente-sept cas de femmes enceintes atteintes de variole discrète ou légèrement cohérente, n'a observé que quatre cas d'avortement, soit 11 pour 100. Jobart donne une statistique plus sombre : quatre avortements sur huit cas de variole discrète, soit 50 pour 100. Talamon, lui aussi, a observé un nombre considérable d'avortements : quatre sur six cas qu'il rapporte. San Gregorio, de Milan, n'a eu que dix avortements sur quarante cas, soit 25 pour 100. En 1892, Richardière observe à l'hôpital d'Aubervilliers dix femmes enceintes atteintes de variole discrète. Sur ces dix femmes, une avorta au huitième jour, deux autres accouchèrent à terme et sept continuèrent normalement leur grossesse. Si l'on ne compte pas les deux accouchements à terme, on a une moyenne faible, soit 10 pour 100. Barthélemy rapporte dix-huit cas de variole légère ou cohérente simple ; sur ces dix-huit cas, il y eut huit avortements, soit 44 pour 100. Courémenos, sur dix-huit femmes enceintes atteintes de variole discrète ou adhérente, note deux accouchements à terme, un accouchement prématuré à six mois et demi, un avortement de trois mois, un avortement de deux mois ; sans compter les deux accouchements à terme, on a une proportion de 18 pour 100.

Au point de vue des conséquences de la variole discrète pour la mère, il semble que le pronostic ne s'assombrisse pas notablement du fait de la grossesse. L'avortement cependant, de l'avis de tous les auteurs, est une complication fâcheuse. Mauriceau, le premier, signale le danger de cette complication. Gariel, parlant de l'avortement en général dans la variole, dit : « autant de cas d'avortements, autant de cas nécessairement mortels ». C'est là un pronostic qui est certainement beaucoup trop sombre, du moins en ce qui concerne la variole discrète. Richardière, en effet, n'a pas eu une seule mortalité sur dix cas, malgré un avortement et deux accouchements à terme. Courémenos, sur dix-huit cas, n'a pas eu non plus de mortalité, malgré deux accouchements à terme et trois avortements. En présence de cet heureux résultat, il déclare même « que les formes légères varioloïde ou variole discrète évoluent chez la femme enceinte comme chez celle qui ne l'est pas. Si la femme avorte, la convalescence sera plus longue, mais la guérison s'obtient toujours. » Cette assertion n'est-elle pas un peu hasardée ?

Quant à nous, nous avons observé dix-neuf femmes enceintes atteintes de variole discrète ; sur ces dix-neuf femmes onze continuèrent leur grossesse sans aucune complication ; quatre accouchèrent à terme et guérirent ; une présenta des menaces d'accouchement prématuré qui ne se réalisèrent pas et guérit ; trois avortèrent. De ces trois femmes, deux guérirent, la troisième est morte, trois semaines environ après l'avortement, d'accidents pyohémiques.

Voici d'ailleurs les observations résumées de ces dix-neuf cas de variole discrète.

A.) *Femmes ayant continué leur grossesse sans aucune complication.*

Observation II. — T... Marie, 19 ans, entre au pavillon le 20 août 1902. Vaccinée avec succès à la naissance, fait une variole discrète et sort guérie le 27 août. La malade enceinte de cinq mois n'a pas présenté de menaces d'avortement.

Observation III. — D... Blanche, 26 ans, enceinte de six mois, entre au pavillon le 28 juin 1902, n'a jamais été vaccinée, fait néanmoins une variole discrète et sort guérie le 11 juillet, sans la moindre menace d'avortement.

Observation IV. — D..., Joséphine, 24 ans, entre au pavillon le 9 mai 1902. Vaccinée étant jeune avec succès, fait une variole discrète et sort guérie le 3 juin. La malade, enceinte de cinq mois, continue sa grossesse normalement. L'enfant vit.

Observation V. — M..., Marie, 25 ans, entre au pavillon le 9 mai 1902. Vaccinée étant jeune avec succès, fait une variole discrète et sort guérie le 19 mai. La malade, enceinte de trois mois, continue normalement sa grossesse.

Observation VI. — G..., Julie, 24 ans, enceinte de six mois, entre au pavillon le 29 août 1902. Vaccinée étant jeune avec succès, variole discrète, sort guérie le 10 septembre 1902. La grossesse continue son cours normal. L'enfant vit.

Observation VII. — D..., Rachel, 19 ans, enceinte de quatre mois, entre au pavillon le 28 juin 1902. Vaccinée étant jeune avec succès, fait une variole assez sérieuse. Sort guérie le 12 juillet, sans avoir jamais présenté la moindre menace d'avortement.

Observation VIII. — G..., Marie, 29 ans, enceinte de deux mois, entre au pavillon le 27 juin. Vaccinée étant jeune avec succès, variole discrète. Sort guérie le 8 juillet. La grossesse continue son cours normal.

Observation IX. — G..., Eugénie, 23 ans, enceinte de cinq mois, entre au pavillon le 7 septembre 1902. Vaccinée étant jeune avec succès, variole discrète. Sort guérie le 30 septembre. La grossesse continue son cours normal, l'enfant vit.

Observation X. — M..., Julie, 16 ans, enceinte de quatre mois et demi, entre au pavillon le 2 octobre. Vaccinée étant jeune avec succès, fait une variole discrète, dont elle est maintenant convalescente. N'a pas présenté de menace d'avortement.

Observation XI. — H..., Rosalie, 36 ans. Vaccinée étant jeune avec succès, entre au pavillon le 27 septembre 1902. Enceinte de quatre mois, fait une variole discrète et guérit sans menaces d'avortement.

Observation XII. — W..., Mathilde, 26 ans, enceinte de six mois, entre au pavillon le 29 septembre 1902, fait une variole à forme presque cohérente, est maintenant en pleine convalescente. L'enfant vit très bien ; on en entend les battements cardiaques. Il n'y a pas de menaces d'avortement ; l'enfant a eu cependant pendant la fièvre de suppuration des mouvements plus accusés.

B). — *Femme ayant présenté des menaces d'avortement*

Observation XIII. — V..., Catherine, 20 ans, enceinte de huit mois, entre au pavillon le 23 août 1902. Vaccinée étant jeune avec succès ; fait une variole discrète et présente le septième jour de la maladie des signes évidents de travail (douleurs dans les reins, écoulement d'eau, col utérin presqu'entièrement effacé et entr'ouvert); à force de lavements laudanisés et de morphine, on arrête ce début de travail, tout rentre dans l'ordre et la femme sort guérie le 14 septembre 1902. Elle accouche quinze jours après, à la Maternité, d'un enfant vivant et bien portant. Une première vaccination faite chez cet enfant a été suivie de succès.

C.) — *Femmes ayant accouché à terme*

Observation XIV. — D..., Joséphine, 31 ans, vaccinée en étant jeune, avec succès. Prodromes apparaissant le 2 août, l'éruption le 4 août. La jeune femme accouche le 5 août, d'un enfant vivant. Suites normales ; variole discrète, sans caractère hémorrhagique. Sort guérie le 16 août.

L'enfant venu à terme, exempt de variole, fait, huit jours après, une variole légère, dont il guérit. La vaccination pratiquée chez lui le jour de la naissance avait été suivie d'insuccès.

Observation XV. — D..., Catherine, 26 ans, accouche à terme le 27 juin ; les prodromes apparaissent le 29 juin. La femme fait une variole discrète et guérit.

Observation XVI. — V..., Mélanie, 28 ans, accouche à la Maternité le 10 septembre. Prodromes apparaissant le 12 septembre 1902 ; fait une variole discrète et guérit. L'enfant a été vacciné à la naissance sans succès.

Observation XVII. — L..., Angèle, 25 ans. Prodromes apparaissant le 12 juillet, accouche le 14 juillet. Eruption apparaît le 15 juillet ; fait une variole discrète et guérit.

L'enfant, vacciné sans succès à la naissance, fait au huitième jour une variole cohérente, qui le tue.

D.) *Femmes ayant avorté*

Observation XVIII. — D..., Gabrielle, 17 ans, primipare, entre au pavillon le 15 juillet. Elle ne voit plus ses règles depuis trois mois environ, et comme elle était auparavant toujours très bien réglée, elle se croit enceinte.

Vaccinée avec succès à la naissance, jamais revaccinée.

Prodromes apparus le 10 juillet et caractérisés par des frissons, de la céphalée et de la rachialgie. A son entrée, le quinze juillet, la malade présente un rash purpurique assez étendu sur le ventre et les cuisses. En dehors de ce rash, l'éruption qui est apparue la veille est caractérisée par des papules assez nombreuses sur la figure, moins nombreuses sur le reste du corps.

L'état général est assez bon. L'utérus est plus gros que normalement, le col est ramolli.

17 Juillet. — Même état, la variole évolue normalement.

18 Juillet. — Bon état général, stade des vésicules.

21 Juillet. — Les pustules restent petites et ont peu de tendance à la suppuration, le rash est disparu, l'état général est bon. Cependant brusquement apparaissent les douleurs prémonitoires de l'avortement. Malgré tous les soins, la femme avorte le soir même. Le fœtus ne présentait aucune éruption.

22 Juillet. — Les suites de l'avortement sont normales, les pertes sont peu abondantes, l'état général est très bon.

25 Juillet. — Les pustules sont complètement desséchées, l'état général est excellent, plus de perte. La femme sort guérie le 29 juillet.

Observation XIX. — D...., Jeannette, 17 ans, primipare, entre au pavillon le 10 août 1902. Vaccinée étant jeune avec succès, a été revaccinée il y a deux mois sans succès. Elle est enceinte de quatre mois. L'utérus remonte à un travers de doigt au dessous de l'ombilic. La femme dit avoir déjà senti bouger l'enfant. Elle fait une variole très discrète, sans caractères spéciaux. La température n'a jamais dépassé 38°.

Elle sort du pavillon le 31 août. Elle n'a pas présenté pendant son séjour au pavillon de menaces d'avortement.

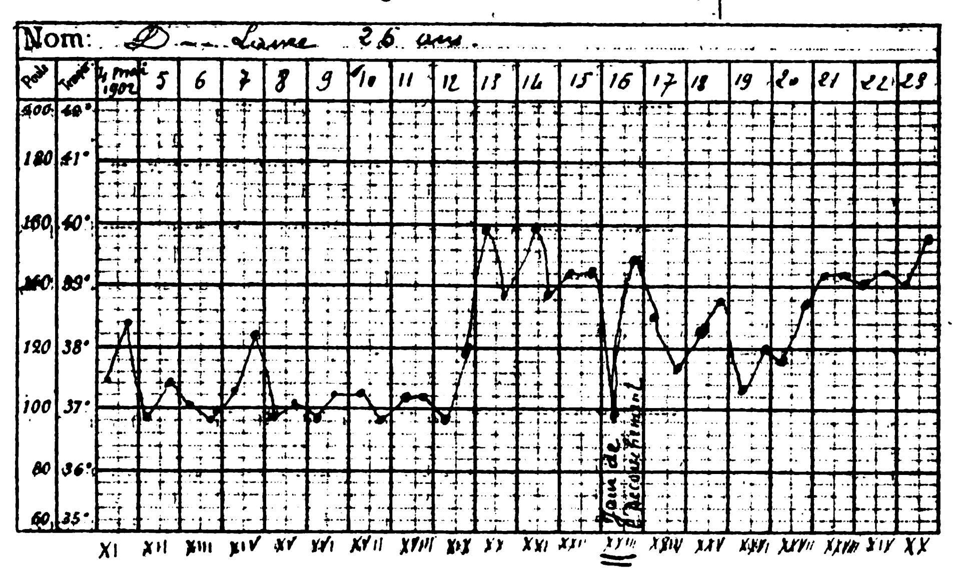
Treize jours après sa sortie, le 13 septembre 1902, elle entre à la Maternité et y avorte. Le fœtus était légèrement macéré et il fut difficile de voir s'il présentait des traces ou des cicatrices de variole.

Les suites de l'avortement furent normales.

Observation XX. — D..., Laure, 26 ans, ménagère, entre au pavillon le 3 mai 1902. Vacciné étant jeune avec succès, jamais revaccinée, enceinte de sept mois.

Prodromes apparus le 24 avril et caractérisés par de la céphalée, des vomissements, des frissons et de la rachialgie peu accusée. Eruption apparue le 28 avril.

A son entrée au pavillon, le 3 mai, on note des vésicules assez nombreuses sur la figure, mais peu nombreuses sur le reste du corps. L'état général est assez bon. Il n'y a pas de métrorrhagie, ni aucune menace d'avortement. L'utérus remonte à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic.



Les chiffres romains indiquent le jour de la maladie.

l'enfant est vivant, la mère le sent nettement bouger et auscultation révèle un centre de battements très nets.

5 Mai. — Les vésicules se transforment en pustules. Ces dernières sont d'ailleurs peu nombreuses ; l'état général est bon.

8 Mai. — Les pustules suppurent peu, l'état général n'est pas mauvais, mais la malade présente depuis la veille du ptosis de la paupière supérieure gauche, l'œil de ce côté reste à peu près immobile, il existe de la diplopie.

En somme, paralysie de la troisième paire survenue sans cause apparente. Les urines ne contiennent pas d'albumine : la malade néanmoins est mise au régime lacté absolu.

11 Mai. — La paralysie oculaire ne s'est pas modifiée, l'état général reste bon, les pustules sont en voie de dessiccation, l'enfant vit toujours : il n'y a aucune menace d'avortement.

13 Mai. — La température monte brusquement et arrive aux environs de 40°. La femme se plaint de légères douleurs dans les reins et de lassitude générale. L'état de l'œil gauche est stationnaire. Pas de menaces d'avortement, l'enfant vit toujours très bien.

14 Mai. — Même état, température très élevée.

15 Mai. — Même état, température toujours élevée.

16 Mai. — Chute brusque de la température le matin à 37° degré. Etat général assez bon. Pas de métrorrhagie. L'enfant vit toujours. Le soir, la température remonte à 40° ; des douleurs d'enfantement surviennent brusquement. La femme accoucha prématurément, vers une heure du matin, d'une façon toute spontanée. *L'œuf est expulsé en un temps, malgré la grossesse déjà avancée (sept mois).*

17 Mai. — Etat général relativement bon. Pas d'hémorrhagies post abortum. La paralysie oculaire continue.

Apparition sur le visage d'une éruption érythémateuse qui ressemble assez à un érysipèle.

20 Mai. — L'éruption du visage existe toujours : des symptômes péritonéaux sont apparus ; l'état général est mauvais. On fait à la femme des injections intra-utérines. On lui applique de la glace sur le ventre et on lui injecte 20 c. c. de sérum de Marmoreck.

21 et 22 Mai. — Même état.

23 Mai. — Eruption de la face disparue, l'état général est meilleur ; les phénomènes péritonéaux s'amendent ; le ventre est moins ballonné.

26 Mai. — Les phénomènes péritonéaux sont tout à fait amendés. Mais la malade fait à ce moment un phlegmon de l'avant-bras droit.

27 Mai. — Ouverture du phlegmon de l'avant-bras. Le pus cultivé donne des colonies de streptocoques. On fait à la femme 20 c. c. de sérum de Marmoreck.

29 Mai. — Apparition d'un phlegmon de l'œil droit. Etat général très mauvais ; délire.

1er Juin. — Arthrites douloureuses et probablement suppurées du genou droit et de l'épaule droite ; le phlegmon de l'œil s'améliore.

6 Juin. — Apparition d'un nouveau phlegmon sur la joue gauche. Ce phlegmon est ouvert aussitôt et le pus recueilli et ensemencé donne encore des colonies de streptocoques. Mort le 10 juin de cachexie et d'infection.

Il n'a pas été possible de faire l'autopsie.

III. — Influence de la variole confluente d'emblée ou secondairement confluente

Très grave en général, cette forme de la variole est surtout grave chez la femme enceinte.

L'avortement est ici très fréquent et c'est dans cette forme que paraît pouvoir être appliqué, à quelques exceptions près, le pronostic de Gariel : « Autant de cas d'avortements, autant de cas nécessairement mortels. »

D'après L. Mayer, l'avortement se verrait dans deux tiers des cas dans cette forme de la variole. Barthélemy cite trois cas de variole secondairement confluente chez des femmes enceintes. Sur ces trois femmes, l'une, enceinte de quatre mois et demi, avorte le huitième jour de la maladie et meurt le treizième jour ; une autre, enceinte de neuf mois, accouche à terme dès le début de la maladie et meurt le onzième jour ; la troisième, enfin, enceinte de deux mois, avorte le quatrième jour et meurt, le dixième jour, d'une variole qui d'abord cohéro-confluente, est devenue à la suite de l'avortement franchement hémorrhagique. Richardière cite deux observations de variole confluente chez deux femmes, enceintes l'une de six semaines, l'autre de six mois. Les deux femmes avortèrent et succombèrent quelques heures après l'avortement. Courtemenche donne une statistique, qui nous semble si favorable, que nous

nous demandons s'il s'agit bien de varioles confluentes. Sur dix femmes qu'il a observées, il a vu, en effet, deux avortements suivis de la mort de la mère ; un accouchement prématuré à sept mois, suivi de la guérison de la mère. Une femme est morte au sixième mois de sa grossesse sans expulsion de son produit. Les six autres femmes sont guéries sans avorter. Pour nous, nous avons eu l'occasion de voir trois femmes enceintes atteintes de varioles secondairement confluentes ; sur ces trois femmes, l'une, enceinte de quatre mois, a guéri sans complications ; les deux autres, enceintes, l'une de deux mois, l'autre de cinq mois et demi, sont mortes.

En voici les observations :

Observation XXI. — B..., Joséphine, 27 ans, enceinte de quatre mois, entre au pavillon le 7 avril 1902. Vaccinée avec succès étant jeune, jamais revaccinée. Prodromes apparus le mercredi 2 avril 1902, et caractérisés par des frissons, de la céphalée et une rachialgie très marquée. L'éruption apparaît le 6 avril. Dès son entrée, on constate une éruption de vésicules confluentes sur le visage, un peu moins généralisées sur le corps et les membres. Etat général assez grave.

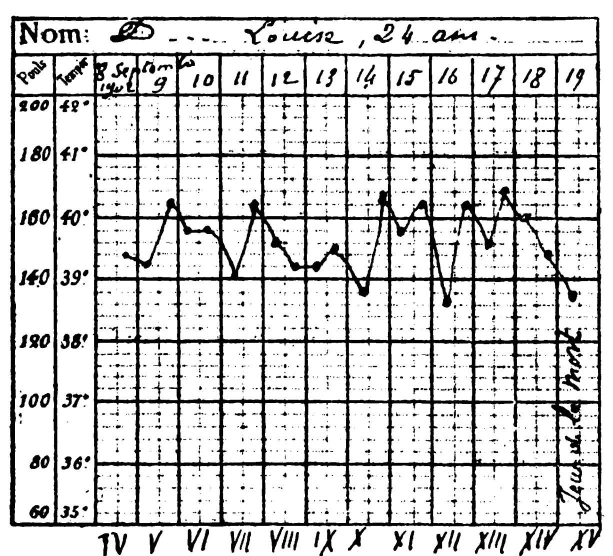
10 Avril. — Transformation des vésicules en pustules, suppuration intense sur la figure, qui est très tuméfiée, suppuration moins intense sur le reste du corps. Etat général médiocre, pas de menaces d'avortement.

21 Avril. — Les pustules se dessèchent, l'état général est beaucoup meilleur, pas de menaces d'avortement.

8 Mai. — La malade, complètement convalescente, sort du pavillon. L'enfant vit, elle le sent très nettement bouger.

Observation XXII. — D..., Louise, 24 ans, enceinte de deux mois, entre au pavillon le 8 septembre 1902, n'a jamais été vaccinée.

Prodromes apparus le 5 septembre et caractérisés par de la céphalalgie, des frissons, de la rachialgie et des vomissements.



Les chiffres romains indiquent le jour de la maladie.

L'éruption apparaît le 7 septembre.

Le 9 Septembre. — On trouve à l'examen de la malade les vésicules très nombreuses sur le corps, confluentes sur la figure, l'état général est mauvais.

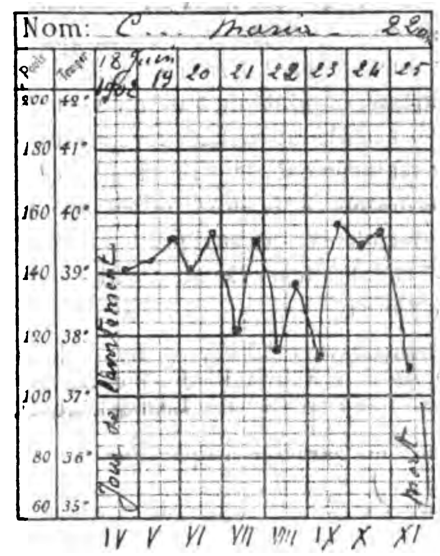
Le 17 Septembre. — La suppuration commence, la face est très œdématiée, les pustules sont absolument confluentes, l'état général est très mauvais.

Le 19 Septembre. — Mort de la femme en pleine période de suppuration, pas d'avortement antérieur.

A l'autopsie, on a trouvé un œuf pouvant avoir deux mois ; il paraissait normal.

Observation XXIII. — C..., Maria, 22 ans, enceinte de cinq mois et demi, entre au pavillon le 13 juin dans la soirée. Vaccinée étant jeune avec succès, jamais revaccinée. Prodromes apparus le 15 juin 1901 et caractérisés par un frisson, de la rachialgie, de la céphalée et de vomissements incoercibles. L'éruption apparaît dans la nuit du 17 au 18. La femme avorte dans la journée du 18. Nous la voyons au pavillon le 18 au soir; elle vient d'entrer.

L'état général est assez mauvais ; la malade vomit continuellement ; l'éruption est caractérisée par des papules très nombreuses sur la figure, un peu moins nombreuses sur le corps.



Les chiffres romains indiquent le jour de la maladie.

19 Juin. — La malade a toujours des vomissements incoercibles, elle perd aujourd'hui du sang en grande quantité, malgré les injections et le traitement institué.

Elle ne présente pas de rash ; mais l'éruption, caractérisée maintenant par des vésicules est très abondante et presque confluente.

21 Juin. — Etat général toujours mauvais ; pertes moins abondantes, plus de vomissements, pas de rash hémorrhagique.

23 Juin. — Les vésicules se transforment en pustules. Ces pustules sont confluentes sur la face, qui est très tuméfiée ; elles sont moins nombreuses sur le reste du corps. Pas de symptômes de variole hémorrhagique, mais la femme perd toujours assez abondamment.

24 Juin. — Suppuration très accusée. Etat général très mauvais ; dyspnée.

Mort le 25 juin.

IV. — Influence de la variole hémorrhagique

Cette forme excessivement grave de la variole amène presque toujours chez la femme enceinte l'avortement et la mort.

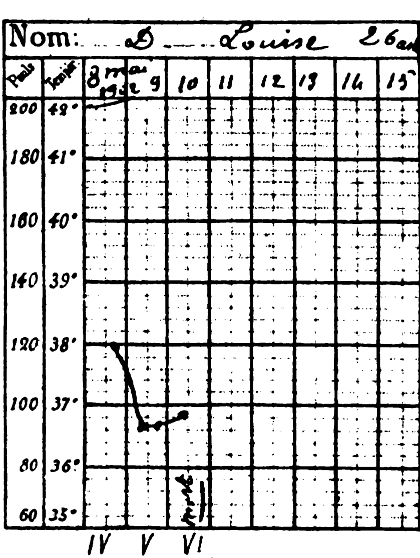
Lothar Meyer, qui considère cette forme de la variole comme fréquente chez la femme enceinte, donne une statistique de treize cas. Ces treize cas se sont tous terminés par la mort de la femme. San Grégorio, sur trois cas, a vu trois fois la mort de la mère. Richardière, sur deux cent cas de variole observés par lui dans le même service, n'a vu qu'un cas de variole hémorrhagique primitive ; c'était une femme enceinte de quatre mois, qui succombe peu d'heures après son entrée à l'hôpital. L'utérus renfermait

un fœtus mort non expulsé. COURÉMENOS a observé quatre femmes atteintes de variole hémorrhagique. « Une d'elles, dit-il, arrivée au neuvième mois de sa grossesse, a accouché à terme durant la période d'invasion et est morte trois jours après. Deux ont accouché prématurément à sept mois et demi au début de la variole : la première est morte au cinquième jour ; la deuxième deux jours après l'accouchement. La quatrième, qui était atteinte d'une variole hémorrhagique secondaire très légère, a pu mener à bien sa grossesse et sortir de l'hôpital guérie. »

Quant à nous, nous avons eu l'occasion d'observer six femmes atteintes de variole hémorrhagique : Quatre d'entre elles, enceintes, font de la variole hémorrhagique primitive et sont tuées en quelques jours. La cinquième fait de la variole hémorrhagique secondaire après un accouchement à terme et meurt au huitième jour. La sixième, enceinte de huit mois et demi, fait une variole qui semble au début devoir être légère ; elle accouche prématurément le cinquième jour, en pleine période d'éruption. A la suite de cet accouchement, elle fait de la variole hémorrhagique et meurt au neuvième jour.

Voici d'ailleurs les observations de ces varioles hémorrhagiques.

OBSERVATION XXIV. — D..., Louise, 26 ans, entre au pavillon le 8 mai 1902. Elle est enceinte de sept mois. Elle a été vaccinée étant jeune avec succès, mais n'a jamais été revaccinée. Les prodromes sont apparus le 4 mai 1902 et ont été caractérisés par une rachialgie très forte, de la céphalée, des vomissements et un frisson. A son entrée à l'hôpital le 8 mai, la malade présente quelques papules sur la figure, très peu sur le corps. Cette éruption est apparue le matin même de l'entrée. Il n'y a pas de rash. Malgré ces symptômes peu alarmants l'état général paraît médiocre, le pouls est rapide.



Les chiffres romains indiquent le jour de la maladie.

A l'inspection : on trouve un utérus remontant à plus de deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le fœtus ne donne plus signe de vie ; l'auscultation ne permet pas d'en entendre les battements du cœur et la femme dit ne plus le sentir bouger depuis le matin. Le toucher indique un col encore long, un peu entr'ouvert ; en somme pas de signes évidents de travail, cependant la malade dit ressentir des douleurs de reins plus fortes que les jours précédents, des coliques et du ténesme. Dans la crainte d'un avortement, on fait, pour enlever ces douleurs prémonitoires, une injection de morphine.

9 Mai 1902. — L'éruption ne se fait pas ou tout au moins reste à l'état d'ébauche ; un rash érysipélateux est apparu sur la figure ; sur le ventre, on note quelques pétéchies.

L'état général est mauvais.

Le travail est commencé et le toucher permet de constater un col effacé, qui commence à se dilater. La mère ne sent plus rien bouger et l'auscultation, pas plus que la veille, ne révèle de battements fœtaux.

10 Mai. — Le travail n'a presque pas avancé depuis la veille, l'état général est mauvais ; le pouls est très rapide ; il y a de la stupeur. L'éruption ne s'est pas modifiée, le rash persiste.

La malade perd du sang par le vagin, elle a des crachats sanguinolents et même des hématémèses.

Elle meurt, à deux heures de l'après-midi, dans une syncope.

L'autopsie faite soigneusement a permis de voir que le placenta ne présentait pas de foyers hémorrhagiques. L'enfant ne présentait pas la moindre éruption.

OBSERVATION XXV. — L..., Collette, 36 ans, entre au pavillon, le 11 juillet 1902. Elle est enceinte de sept mois.

Vaccinée sans succès étant jeune, jamais revaccinée. Prodromes apparus le 5 juillet et caractérisés par de la céphalée, des vomissements incoercibles et de la rachialgie.

L'éruption commence à se faire le 10 juillet, mais se fait mal.

A son entrée à l'hôpital, le 11 juillet, la malade présente quelques papules, mais ce qui attire tout de suite l'attention, c'est un rash purpurique, couleur lie de vin, s'étendant sur la partie antéro-interne des cuisses, sur les aînes, sur le ventre, sur tout le dos, sans intervalle de peau saine ; sur le reste du corps, à côté des papules, on note de nombreuses pétéchies.

L'état général est mauvais, il y a de la stupeur, avec tendance à l'hypothermie. Température 36°4. L'utérus remonte à deux travers de doigt au dessus de l'ombilic — la malade ne sent plus bouger l'enfant depuis la veille et l'auscultation ne permet plus d'entendre les bruits cardiaques.

Depuis deux jours, des métrorrhagies abondantes sont survenues, mais à l'examen, on ne trouve pas encore de signes de travail.

La malade meurt presque subitement, le lendemain de son entrée au pavillon. A l'autopsie, l'enfant ne présente pas d'éruption.

OBSERVATION XXVI. — D... Marie, 31 ans, entre au pavillon le 29 août 1902. Elle n'a jamais été vaccinée. Les prodromes sont apparus le 15 août et ont été caractérisés par de la céphalée, des frissons, de la rachialgie et des vomissements.

La malade, enceinte de quatre mois, entre dans la nuit du 19 au 20 août à la Maternité, parce qu'elle perd beaucoup de sang. Elle avorte peu de temps après son entrée ; le lendemain on l'envoie au pavillon. A son entrée on constate qu'elle a un immense rash purpurique sur les cuisses, le ventre et le thorax. Pas d'éléments éruptifs bien nets en dehors de ce rash. Hémorrhagie sous-conjonctivale et ecchymoses palpébrales.

L'état général est très mauvais ; la malade est en proie à une dyspnée intense ; elle a de fortes hémorrhagies intérieures malgré les traitements employés.

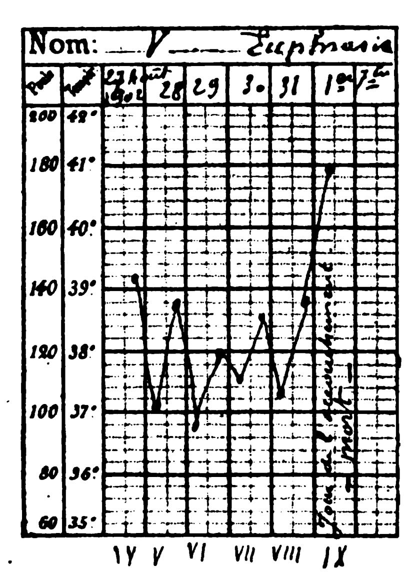
Mort le jour même de l'entrée.

Le fœtus ne présentait aucune trace de variole.

OBSERVATION XXVII. — P..., Euphrasie, 26 ans, entre au pavillon le 27 août 1902. Elle est enceinte de quatre mois et demi. Vaccinée étant jeune avec succès, jamais revaccinée. Prodromes apparus le 23 août et caractérisés

par de la rachialgie, des frissons, de la céphalée et des vomissements incoercibles.

A son entrée au pavillon, la malade présente quelques papules peu nettes encore à la figure ; mais ce qui attire l'attention, c'est un rash purpurique considérable occupant le haut des cuisses, le ventre, une partie du thorax et du dos ; ce rash, apparu la veille, s'est accentué aujourd'hui et offre une teinte lie de vin très marquée. L'état général est médiocre, la malade souffre beaucoup des reins. L'utérus remonte jusqu'à l'ombilic ; la femme ne sent plus bouger depuis deux jours ; l'auscultation ne permet de rien entendre.



Les chiffres romains indiquent le jour de la maladie.

La nuit est mauvaise, la malade délire ; les douleurs de reins sont tellement intolérables qu'elles nécessitent, en dehors de lavements laudanisés, une injection de morphine.

28 Août. — Etat général mauvais ; l'éruption ne se fait pas ; par contre, le rash purpurique augmente toujours.

29 Août. — Même état.

30 Août. — Des hémorrhagies abondantes surviennent, les douleurs lombaires sont plus fortes encore que les jours précédents ; le toucher permet de se rendre compte que le col s'entr'ouvre et que le travail commence ; l'état général est toujours mauvais.

31 Août. — Accouchement de deux jumeaux ; l'hémorrhagie consécutive est considérable et nécessite un tamponnement.

L'éruption ne se fait pas plus qu'auparavant ; des hématuries et des hématémèses apparaissent ; la femme est dans un état de stupeur très prononcé.

Mort le 1er septembre.

Les fœtus ne présentaient pas de traces de variole ; les placentas paraissaient normaux.

Observation XXVIII. — C..., Henriette, 25 ans, entre au pavillon le 9 juin 1902. Vaccinée étant jeune avec succès, elle n'a jamais été revaccinée. Elle accouche, le 5 juin, d'un enfant à terme, bien portant.

Dans la nuit du 6 au 7 juin, elle éprouve un frisson, puis de la rachialgie, et de la céphalée ; le lendemain, elle a des vomissements continuels que rien ne peut calmer et la température monte à 40° pour y rester stationnaire les jours suivants.

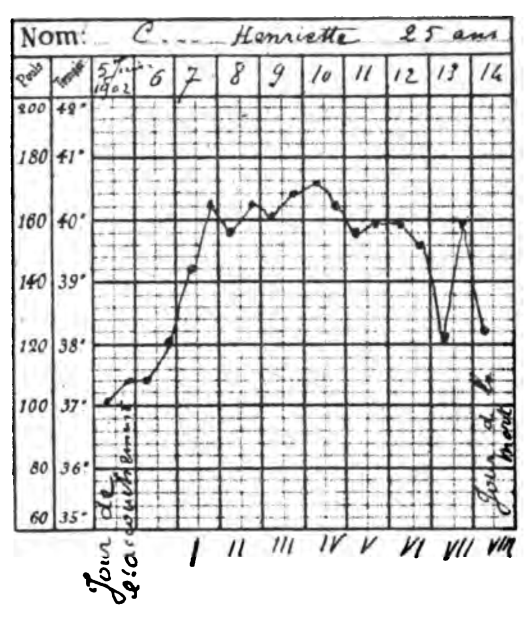
A son entrée au pavillon le 9 juin, la malade présente des macules très nombreuses sur le visage et sur le corps ; cette éruption vient d'apparaître. Il n'y a pas de rash et l'état général est assez bon.

10 Juin. — Les macules ont fait place à des papules. La malade, qui perdait peu les jours précédents, a aujourd'hui des métrorrhagies très abondantes.

11 Juin. — Etat général moins bon. L'éruption est plus généralisé que les jours précédents. Quelques papules arrivent au stade de vésicules, mais ces vésicules prennent rapidement une teinte ecchymotique. Les métrorrhagies sont toujours abondantes. Pas de rash purpurique ni d'hémorrhagie conjonctivale.

12 Juin. — Apparition, sur les jambes, de pétéchies et d'ecchymoses ; les pertes sont toujours très abondantes.

13 Juin. — Les vésicules tendent à la purulence sur le visage ; nombreuses et larges ecchymoses sur les jambes ; les pertes continuent. L'état général est très mauvais ; la respiration est difficile, le pouls est rapide et faible.



Les chiffres romains indiquent le jour de la maladie

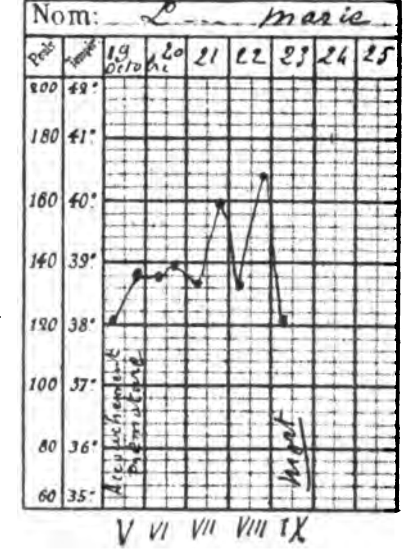
Mort le 14 juin.

L'enfant, suivi avec soin, n'a jamais présenté de variole ; la vaccination, faite trois jours après sa naissance, a été suivie de succès.

Observation XXIX. — L..., Marie, 25 ans, enceinte de huit mois et demi, ressent, le 14 octobre 1902, les prodromes de la variole, prodromes caractérisés par des frissons, de la fièvre, de la rachialgie, de la céphalalgie et des vomissements. L'éruption chez elle commence à apparaître le 17 octobre.

La malade entre au pavillon le 19 octobre au matin : Elle présente en ce moment une éruption peu généralisée, caractérisée par des papules. Ces papules, assez nombreuses sur la figure, sont rares sur le tronc et les membres. On remarque sur le ventre un rash morbilleux assez étendu

L'état général paraît assez bon et la malade semble devoir faire une forme légère de variole.



Les chiffres romains indiquent le jour de la maladie.

Dans la soirée, elle est prise assez brusquement de fortes douleurs utérines, accompagnées de contractions et elle accouche d'un enfant vivant.

Les suites de couches sont normales; la femme perd peu de sang.

Le lendemain, 20 octobre, l'état général paraît relativement bon ; seulement on remarque que l'éruption ne continue pas son évolution normale, les papules restent dans le même état que la veille et ne se transforment pas en vésicules. En outre, on apprend que la malade commence à perdre un peu de sang en allant à la selle, et en l'examinant de plus près, on s'aperçoit que le rash morbilleux, au lieu de disparaître, prend un caractère presque purpurique. La femme ne souffre pas du ventre; elle a des métrorrhagies très peu abondantes.

21 Octobre. — L'éruption ne continue pas son évolution normale : le rash est devenu nettement purpurique et s'étend sur tout le ventre et la partie supérieure des cuisses. Les métrorrhagies sont peu abondantes, mais le mœlena augmente. L'état général reste assez bon.

22 Octobre. — L'éruption ne s'est guère modifiée. Quelques papules à peine se sont transformées en vésicules ; le rash purpurique s'est encore accentué ; en plus, on note de nombreuses pétéchies et même des taches ecchymotiques sur le thorax et les membres inférieurs. La malade présente maintenant des hématuries et des crachats sanguinolents ; le mœlena a encore augmenté ainsi que les métrorrhagies; l'état général est aujourd'hui moins bon.

23 Octobre. — La variole a pris une forme tout à fait hémorrhagique ; la malade meurt dans la matinée.

L'enfant, vacciné le lendemain de la naissance, ne présentait aucune trace de variole. La vaccination a été suivie de succès.

Conclusions

Le nombre assez considérable d'observations résumées précédemment va nous permettre de discuter quelques questions et de formuler quelques conclusions relativement à l'influence exercée par la variole sur la grossesse dans l'épidémie actuelle.

Une première question se pose : la femme enceinte est-elle plus prédisposée qu'une autre à contracter la variole? Presque tous les auteurs aujourd'hui semblent être d'accord pour rejeter la prédisposition créée par la grossesse. Quant à nous, nous ferons simplement remarquer qu'il est passé au pavillon, depuis le début de l'épidémie jusqu'à la fin de septembre, environ cent cinquante femmes atteintes de variole; or, sur cent cinquante femmes, vingt-neuf, soit environ une sur cinq, avaient contracté la variole étant dans un état de grossesse plus ou moins avancé. C'est là une proportion vraiment considérable, qui n'indique très probablement pas une prédisposition spéciale, mais qui tient peut-être bien à ce que les femmes enceintes ne sont pas revaccinées en vertu de ces préjugés, si en faveur dans les classes populaires, qu'il n'est pas sans danger de vacciner une femme enceinte et que d'ailleurs la grossesse confère aux femmes une sorte d'immunité contre la variole. Nous croyons inutile de discuter ces idées ; nous pensons qu'il n'est plus d'accoucheurs, ni de médecins qui puissent aujourd'hui s'en montrer partisans.

Du fait de la grossesse, la femme contracte-t-elle une forme de variole plus grave? Beaucoup d'auteurs répondent à cette question affirmativement et dans sa thèse toute récente, le docteur Lelièvre déclare parmi ses conclusions que « la grossesse prédispose à contracter les formes graves de la variole. » Si l'on examine cependant les différentes statistiques données, il est facile de se rendre compte que les femmes enceintes, aussi bien que les autres, peuvent contracter les formes bénignes de la maladie, voire même la varioloïde. Sur vingt-neuf femmes, que nous avons observées, vingt ont contracté des formes légères et neuf seulement des formes graves. C'est là une proportion en somme à peu près normale et qui ne semble pas indiquer une fréquence plus grande des formes graves chez la femme enceinte.

Il faut néanmoins retenir dans notre statistique le nombre relativement considérable de varioles hémorrhagiques, six cas sur vingt-neuf. Est-ce à dire que la femme enceinte contracterait plus facilement cette forme de variole ? Pour Stolz « la variole chez la femme enceinte n'est pas plus souvent confluente ou hémorrhagique que chez la femme qui n'est pas en état puerpéral. » Beaucoup d'autres aujourd'hui sont d'avis contraire et parmi eux Arnaud, par exemple, s'exprime ainsi dans la *Revue de médecine* : « L'état de grossesse et la puerpéralité aggravent notablement le pronostic de la variole et favorise l'apparition des formes hémorrhagiques. Ce fait, généralement admis aujourd'hui, a pris place parmi les notions classiques. »

Tout en admettant l'opinion formulée par Arnaud, nous ferons simplement remarquer qu'il faut avant tout tenir compte du caractère de l'épidémie. Or, dès les premiers jours, l'épidémie qui sévit actuellement à Lille s'est caractérisée par un nombre relativement considérable de varioles hémorrhagiques.

Pour terminer cette discussion, nous croyons pouvoir formuler une opinion pour ainsi dire mixte : pour nous, l'état de grossesse prédispose peu aux formes graves d'emblée, mais place les femmes sous la menace d'un accident qui souvent aggrave le pronostic de leur variole : cet accident, c'est l'avortement.

Il est donc intéressant de connaître la fréquence de l'avortement dans les différentes formes de la variole, à quel moment de la maladie, et vers quelle époque de la grossesse il se produit le plus souvent. Assez rare dans la varioloïde, moins rare dans les formes discrètes, très fréquent dans les formes cohéro-confluentes, presque la règle dans les formes hémorrhagiques secondaires et primitives, l'avortement, selon la plupart des auteurs, peut avoir lieu à des époques variables de la variole : tantôt à la période d'invasion, tantôt à la période d'éruption, tantôt dans le cours ou à la fin de la suppuration. Mais c'est surtout à la période d'éruption que l'expulsion du fœtus aurait lieu le plus souvent.

Welch l'a vu dix-huit fois sur vingt-sept cas à la période

d'éruption. Lop l'a vu quinze fois sur vingt-et-un à la période d'éruption. Courémenos a vu la grossesse interrompue : quatre fois à la période d'invasion ; six fois à la période d'éruption ; deux fois à la période de suppuration.

Nous-même, dans notre statistique, nous trouvons que la grossesse a été interrompue sept fois : quatre fois à la période d'éruption ; deux fois à la période de suppuration ; une fois quinze jours après la guérison de la mère. Il est vrai que dans ce dernier cas l'enfant avait dû être tué au début de la maladie, puisqu'il commençait déjà à être macéré.

Voyons maintenant quelle est la fréquence de l'avortement aux différents âges de la grossesse? Tout le monde paraît d'accord actuellement pour reconnaître que le nombre des avortements ou des accouchements prématurés varie en raison directe de l'âge de la grossesse, c'est-à-dire que plus que la grossesse est avancée, plus l'expulsion du fœtus a des chances de se produire. Notre statistique à cet égard n'est guère démonstrative et ne repose d'ailleurs que sur un trop petit nombre de cas. Nous la donnons simplement comme renseignement, sans en tirer de conclusions. Sur les sept avortements ou accouchements prématurés que nous avons eus : Quatre ont eu lieu à quatre mois, trois seulement ont eu lieu entre six et huit mois et demi.

Quelles sont les causes de l'avortement dans le cours de la variole ? Multiples sont les opinions qui ont été émises à ce sujet. Nous allons simplement en citer quelques-unes :

Gariel accusait les douleurs lombaires ; Chaigneau, Serres et Hervieux accusaient les métrorrhagies ; d'autres auteurs enfin, et particulièrement les auteurs allemands, accusent l'hyperthermie.

Or, l'hyperthermie ne semble jouer qu'un rôle secondaire, puisque la syphilis, maladie qui cause le plus d'avortements, n'est pas hyperthermique. D'ailleurs, des expériences physiologiques bien conduites, ont suffisamment prouvé qu'on pouvait soumettre des femelles pleines à une très haute température sans provoquer l'avortement.

La métrorrhagie est plutôt un signe qu'une cause de l'avortement et, comme le fait remarquer Barthélemy, pour prouver que les métrorrhagies peuvent occasionner l'avortement, il faudrait trouver des lésions du placenta capables d'expliquer ces métrorrhagies ; or, personne n'a jamais constaté ces lésions dans la variole.

Les douleurs lombaires peuvent être tout au plus un indice de l'intensité de l'infection variolique, mais il n'a jamais été démontré qu'elles fussent plus accusées chez les femmes enceintes que chez celles qui ne le sont pas ; d'ailleurs bien des femmes enceintes ont une rachialgie très accusée sans pour cela avorter.

Quelle cause faut-il donc invoquer ? Nous pensons avec Barthélemy, Courémenos et la plupart des auteurs modernes, qu'il faut tout simplement mettre en cause l'infection variolique qui, soit en amenant des modifications dans la nutrition du fœtus, soit en déterminant sa mort par intoxication, en provoque l'expulsion.

Voyons, pour terminer, les conséquences de l'avortement pour la mère. Comme nous l'avons démontré précédemment, l'avortement assombrit surtout le pronostic dans les formes sérieuses de la variole. L'avortement en effet peut être suivi d'accidents puerpéraux. Sans être la règle, ces accidents sont néanmoins assez fréquents pour inspirer des craintes, surtout quand la femme avorte ou accouche à la période de suppuration de la variole. Il faut alors prendre des précautions d'antisepsie toutes particulières.

L'avortement en outre est capable de transformer une variole légère en une variole hémorrhagique rapidement mortelle. Cette complication, assez rare, a été tout d'abord signalée par Brouardel et surtout Raymond dans sa thèse d'agrégation en 1880. A la suite de Raymond d'autres auteurs, entre autres Barthélemy, en ont rapporté des observations. Nous-même avons eu l'occasion d'observer tout récemment la transformation d'une forme bénigne en une forme hémorrhagique mortelle à la suite d'un accouchement prématuré (voir observation XXIX).

Mais en dehors de ces complications, en somme assez rares, l'avortement assombrit surtout le pronostic par le choc traumatique, qu'il provoque, par l'affaiblissement et la dépression qui en résultent, par les hémorrhagies enfin qui épuisent les malades. Les malades, dit Barthélemy, meurent alors qu'elles ne seraient pas mortes d'une variole ordinaire ; elles meurent peu de temps après l'avortement par dépression graduelle.

BIBLIOGRAPHIE

Auché. Variole chez les femmes enceintes, article *Variole* du Traité de médecine Brouardel et Gilbert.

Auché. Passage des microbes à travers le placenta des femmes enceintes atteintes de variole. *Société de Biologie*, 1893.

Barthélemy. Influence de la variole sur la grossesse et le produit de conception. Thèse Paris, 1880.

Brouardel. Variole et grossesse. *Bulletin Académie de médecine*, 1887.

Biszes. Influence des maladies aiguës sur la grossesse. Thèse Montpellier 1884.

Costet Félix. De la variole pendant la grossesse : pronostic pour la mère et l'enfant. Thèse Paris, 189?.

Courémenos. Influence de la variole sur la grossesse et le produit de la conception. Thèse Paris, 1900-1901.

Chambertaut. Considérations sur la variole fœtale. Thèse de Bordeaux, 1882.

Chaigneau. De l'influence de la variole sur la grossesse. Thèse de Paris, 1847.

Charpentier. *Traité d'accouchements*, p. 570.

Guinon, Louis. Art. *Fièvres éruptives*, — in Traité de médecine Bouchard et Brissaud.

Gariel. Histoire de la variole. Thèse Paris, 1837.

Gasquel. Péritonite puerpérale comme complication de la variole. Thèse Montpellier, 1887-1888.

Hervieux. *Gaz. des hôpitaux*, 19 et 26 mai 1864 ; *Traité des maladies puerpérales*, 1870.

JOBART Influence de la variole sur la grossesse et le produit de la conception. Thèse Paris, 1880.
LELIÈVRE (M.). Variole et grossesse. Leur influence réciproque chez la mère et chez l'enfant. Vaccine chez la femme enceinte et le nouveau-né. Thèse Paris, 1902.
LESUEUR, Fernand. Grossesse et variole. Influence de cette maladie sur la mère et l'enfant. Thèse Paris, 1894-1895.
LOP, Paul-André. Variole et vaccine dans la grossesse. Recherches expérimentales sur la trasmission héréditaire de l'immunité du virus vaccinal et variolique Thèse Paris, 1893-94.
MORGOULIEFF (R). Contribution à l'étude de la variole contractée par le fœtus dans la cavité utérine. Thèse Paris, 1889.
MAURICEAU. *Traité des maladies des femmes grosses*, 1693.
LOTHER MAYER. Ueber Pocken bei Weib Geschl Berlin. *Beitrage zur Geburtch*, t. II, p. 185.
RAYMOND La puerpéralité. Thèse d'agrégation, Paris 1880.
RICHARDIÈRE. Variole et grossesse à l'hôpital d'Aubervilliers pendant l'année 1892. *Archives de tocologie*, 1893, page 611.
RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. *Précis d'obstétrique.*
SERRES. Considérations nouvelles sur la variole et son traitement. *Gazette médicale*, 1832.

Consultations Médico-Chirurgicales

Pyorrhée alvéolaire

Dr CAUMARTIN.

La pyorrhée alvéolaire ou gingivite expulsive est caractérisée par une suppuration de l'alvéole qui aboutit à l'ébranlement progressif et à la chute des dents. Elle peut être : limitée à une ou quelques dents, généralisée à toutes les dents.

INFORMATIONS CLINIQUES. — A. Quand une seul dent est atteinte, il s'agit souvent d'une poussée aiguë : Un malade se plaint d'éprouver dans le fond de la bouche une douleur qui s'irradie vers l'oreille et la tempe, douleur augmentée par l'ingestion de liquides chauds et froids, par la pression et susceptible de gêner la mastication. Il croit avoir une dent cariée.

A l'examen, on constate que la dent mise en cause n'est nullement cariée ; elle est seulement mobile, et les mouvements qu'on lui imprime réveillent la douleur.

La gencive est rouge, entourée d'une zone inflammatoire, et, si on la comprime, on en fait sourdre du pus qui se répand en liseré autour du collet de la dent. Dans certains cas, en particulier pour les dents du haut, le long de la racine palatine, le pus ne peut se faire jour au niveau du collet et on peut, trouver un véritable abcès collecté comme dans la périostite consécutive à la carie.

B. Lorsque plusieurs dents sont atteintes, ce sont le plus souvent les incisives inférieures. Généralement ce n'est pas la douleur qui amène le malade, mais la simple constatation de l'ébranlement de ces dents. On les trouve en effet déchaussées, mobiles, recouvertes d'une couche de tartre plus ou moins épaisse ; les gencives sont décollées, congestionnées et facilement saignantes.

C. Dans d'autres cas l'affection est généralisée ; le patient a déjà perdu plusieurs dents qu'il a « cueillies » lui-même. Les dents paraissent démesurément longues ; elles sont très mobiles et baignent dans le pus. Les gencives sont fongueuses, bourgeonnantes ; l'haleine est fétide, la mastication très difficile.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Dans la genèse de la pyorrhée, deux facteurs entrent en jeu : l'infection et le terrain, c'est-à-dire des conditions spéciales variables avec chaque individu.

Le pus qui entoure le collet des dents est riche en microorganismes variés, car il n'y a pas de microbe spécifique de la pyorrhée. L'entrée des agents infectieux est favorisée par toute cause capable de décoller la gencive. C'est ainsi qu'agit surtout le tartre qui s'insinue sous la gencive, entraînant avec lui et retenant dans ses mailles de nombreux microorganismes.

Le port d'appareils de prothèse mal entretenus, l'absence de soins hygiéniques ou même l'exagération de ces soins consistant en brossages trop fréquents ou trop énergiques qui deviennent des traumatismes, les irrégularités dentaires qui favorisent le séjour de parcelles alimentaires entre les dents sont d'autre part autant de causes qui permettent l'infection, qui se transmet du reste facilement d'une dent à sa voisine.

Les diabétiques, les arthritiques et rhumatisants sont tout particulièrement atteints. L'ataxie locomotrice aussi, en favorisant la résorption alvéolaire, provoque le décollement des gencives et rend l'infection possible.

La pyorrhée peut d'ailleurs atteindre des gens très bien portants, mais alors ce sont des adultes et des vieillards, car elle est rare chez les enfants.

De ces connaissances résultent deux indications capitales : modifier le terrain par le traitement général ; combattre les accidents locaux.

TRAITEMENT. — Un traitement local de la pyorrhée alvéolaire va souvent avec un traitement général ; mais c'est du traitement local surtout qu'il faut attendre un résultat.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — **Recherchez avant tout toujours le sucre dans les urines** des malades atteints de pyorrhée. Et au cas de glycosurie prescrivez un traitement en conséquence.

De même, conseillez un régime et la thérapeutique générale usuelle au cas de goutte, d'albuminurie.

TRAITEMENT LOCAL. — C'est dans le cul-de-sac qui existe entre la dent et la gencive décollée que siège la malade.

a) **Il s'agit d'une poussée aiguë sur une seule dent.** — S'il s'agit d'une poussée aiguë sur une seule dent, prenez une petite curette, **enlevez doucement tout le tartre** qui entoure le collet de la dent, comprimez la gencive pour faire sortir le pus contenu dans le cul-de-sac gingival. Ensuite, à l'aide d'un stylet très fin, ou mieux d'une petite aiguille flexible garnie d'ouate, **badigeonnez de teinture d'iode l'intérieur du cul-de-sac** et la gencive autour du collet de la dent.

L'effet est généralement très rapide.

On peut, s'il est nécessaire, renouveler cette application le lendemain: la dent devient moins sensible et reprend une partie de sa solidité.

b) **Plusieurs dents sont atteintes.** — Si plusieurs dents sont atteintes d'une façon à peu près chronique, le traitement reste le même dans ses grandes lignes.

Enlevez avec soin le tartre, le pus, les débris épithéliaux qui remplissent le cul-de-sac gingival. A l'aide de la petite aiguille dont nous avons parlé, badigeonnez ce cul-de-sac avec de l'**acide sulfurique monohydraté.** Ne négligez aucun recoin ; découvrez les moindres décollements en particulier dans les interstices dentaires voisins.

Il faut savoir que l'affection est rebelle ; **une seule cautérisation ne suffit pas**. Renouvelez cette application deux fois par semaine pendant un mois et recommencez après un mois de repos, suivant le résultat obtenu.

Touchez au thermo ou au galvano-cautère les points congestionnés des gencives.

Conseillez au malade de prendre des soins hygiéniques particulièrement minutieux.

Il doit éviter, par l'usage méticuleux du cure-dents, par le passage de fils entre les dents, le séjour de parcelles alimentaires dans les interstices et assurer, par des bains de bouche fréquents et prolongés, une asepsie relative de la cavité buccale.

Grâce à ces soins, on peut arriver sinon à guérir les dents atteintes de pyorrhée, au moins à retarder notablement leur chute et préserver les dents voisines de l'infection.

c) **La presque totalité des dents est atteinte.** — L'affection est généralisée avec gencives fongueuses et bourgeonnantes, il faut renoncer à sauver les dents et, le mieux est de procéder à leur *extraction* graduée pour supprimer ce foyer de suppuration qui peut nuire à la santé générale.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Cliniques médicales iconographiques, par MM. HAUSHALTER, ETIENNE, SPILLMANN, agrégés à la Faculté de Nancy, et THIRY, ancien interne des hôpitaux de Nancy. — Paris, C. Naud, 1902.

Suppléer à la description par l'image, lorsque le malade n'est pas transportable ou quand l'auditeur ne peut se rendre sur place, est chose passée dans les habitudes. Bien des présentations aux sociétés savantes, bien des mémoires insérés dans les journaux sont accompagnés de photographies, qui contribuent à donner toute la lucidité désirable aux explications présentées. La photographie fixe les formes extérieures et les signes apparents en traits saillants, que ne saurait donner la description la plus minutieuse, écrite dans les termes les plus appropriés : c'est que lors de comparaisons, elle permet d'un coup d'œil de reconnaître les différences et les analogies.

L'application systématique de la photographie à la clinique médicale, voire à la clinique quotidienne, a permis à MM. HAUSHALTER, ETIENNE, SPILLMANN et THIRY de faire de la clinique par l'image d'une façon très intéressante et très neuve. En réunissant avec sagacité quelques-unes des photographies recueillies depuis plusieurs années dans les services hospitaliers de la Faculté de Nancy, et en les réunissant en un certain nombre de groupes se rapportant à diverses séries morbides, ces auteurs sont parvenus à donner de l'habitus et de l'attitude de certaines maladies nerveuses en particulier une reproduction voisine de la perfection, soit en réalisant de façon pathognomonique ou caractéristique le trait frappant d'une physionomie morbide, soit en exprimant avec la fidélité la plus grande ce que le regard saisit au cours de l'investigation clinique et que le langage est impuissant à rendre.

Il y a plus dans cet ouvrage. Il n'est personne qui n'ait trouvé sur sa route de clinicien tel cas qu'il n'a pu classer, et dont le souvenir, resté longtemps précis, va s'effaçant dans sa mémoire. Nombre de cliniciens, d'autre part, ne possèdent parfois que de vagues notions sur certaines formes morbides exceptionnelles ou rares. Les auteurs des cliniques médicales iconographiques, par leurs photographies, ravivent le souvenir de ces cas, donnent corps à ces vagues notions. Leur mérite n'est donc pas mince. Et à examiner leurs 68 planches contenant 398 figures, à parcourir le texte suffisamment détaillé qui les accompagne, on s'aperçoit combien les auteurs ont fait œuvre utile et instructive. L'élève apprend à voir, le maître s'attarde à reconnaître, le médecin réédifie des diagnostics. On ne peut que dire et penser du bien de cette tentative originale de faire de la clinique.

Dr F. C.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

L'embaumement

On donne le nom d'embaumement à l'ensemble des opérations nécessaires pour assurer la conservation des corps humains. On arrive à ce but par l'emploi des antiseptiques. L'usage de conserver les cadavres remonte à la plus haute

antiquité ; les Egyptiens étaient arrivés à une très grande perfection dans cet art. Nous connaissons quelques-unes de leurs recettes qui nous ont été transmises par les auteurs anciens ou que nos savants archéologues on pu déchiffrer sur les monuments de l'Egypte. La méthode la moins dispensieuse consistait à injecter dans les intestins une liqueur caustique qui les dissolvait et à tenir le corps plongé pendant 70 jours dans une solution de natron ; on vidait ensuite le cadavre, on le lavait et on le faisait sécher. Souvent, après cette dessiccation, on plongeait le corps dans un goudron minéral, qui en pénétrait toutes les parties. Pour le corps des personnes riches, on prenait plus de précautions. Le corps était vidé et lavé avec du vin de palmier ; on y introduisait ensuite des poudres aromatiques, de l'asphalte et on les couvrait de natron ; au bout de 70 jours, on le séchait, puis on l'enveloppait de bandelettes de toile de lin imprégnée de résine.

Actuellement, l'embaumement se pratique par injection de solution antiseptique dans le cadavre. Voici quelques-uns des procédés en usage : M. Chaumier et M. Boudet opèrent de la manière suivante : après avoir enlevé rapidement les viscères et le cerveau, on remplit immédiatement les cavités d'étoupes sèches et fortement tassées, pour qu'elles puissent empêcher les parois de s'affaisser ; on ferme les incisions par des sutures en ayant soin, pendant la durée des opérations, de plonger de temps en temps le corps dans un bain d'alcool pur, puis dans un bain d'alcool contenant du sublimé en solution. Puis on plonge le corps dans une baignoire contenant une solution de sublimé dans l'eau et on l'y laisse séjourner trois mois. Alors, on laisse la dessiccation se faire à l'air libre.

Le procédé de M. Gannal est plus pratique : il est basé sur la propriété que possède l'alumine de former une combinaison imputrescible avec la matière existant dans tous les tissus et que ce chimiste nomme géline. Pour la mettre en pratique, on injecte par l'une des carotides une solution d'acétate d'alumine puis on fait séjourner le corps trois jours dans cette solution.

Un autre liquide conservateur de Gannal a la composition suivante : sel commun, 1.000 gr. ; alumine, 1.000 ; azotate de potasse, 500 ; eau, 2.000. M. Gannal emploie actuellement une solution de sulfate d'alumine et de chlorure de zinc.

D'autres opérateurs se servent de solution d'acide thymique et de chlorure de zinc, de liqueur alcoolique, de chloral, de glycérine et d'acide phénique, de chlorure de zinc pur. En France, pour que les recherches médico-légales ne soient pas entravées, il est interdit d'employer les sels de métaux toxiques, tels que, par exemple, le bichlorure de mercure et l'acide arsénieux.

Ch. Girard.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

M. le docteur Hautefeuille, licencié ès-sciences, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Dons et Legs

M. Fromont vient, par testament, de faire don en nue-propriété de la somme de 2.500 francs aux Hospices de Lille ; M. Fromont est décédé ces jours derniers à Lille.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Bordeaux. — M. le docteur Demons, professeur de clinique chirurgicale, membre du Conseil de l'Université, est nommé assesseur du doyen.

Montpellier. — M. le docteur Fonzes-Diacon, agrégé, est chargé du cours complémentaire de chimie minérale à l'Ecole de pharmacie

Nancy. — M. le docteur Klobb, professeur de pharmacie, est chargé d'un cours complémentaire de minéralogie et hydrologie.

Dijon. — M. Vincent, pharmacien supérieur de 1re classe, professeur suppléant, est nommé professeur de pharmacie et matière médicale.

Grenoble. — M. le docteur Cibert, professeur suppléant, est nommé professeur de clinique obstétricale.

Limoges. — M. le docteur Descazal est chargé, pendant la durée du congé de M. Yssieri, des fonctions de suppléant d'anatomie et physiologie.

Caen. — M. le docteur Gosselin, ancien suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur de physiologie.

Poitiers. — M. le docteur Morichau-Bauchant, est nommé suppléant de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de chirurgie de Poitiers.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Gouraincourt, de Franchère (Allier) ; Bettinger, de Reims (Marne) ; Lanquetin-Lemaire, professeur de sciences naturelles au lycée de Nancy ; J. Masson, de Paris ; Florion, de Lillebonne (Seine-Inférieure) ; Caron, de Boisguillaume (Sarthe) ; Gencel, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Soyard, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Cotton d'Englesqueville, de Caen (Calvados).

Louvière, étudiant en médecine, à Lille.

Lille. Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant : Th. Clerquin.

N° 307. Sixième Année. N° 48. Le Numéro : **10** centimes. 30 Novembre 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La radiographie est nécessaire dans les affections osseuses chroniques

par le docteur **O. Lambret,**
Professeur agrégé, chargé du cours de médecine opératoire à la Faculté.

Mon intention n'est pas de montrer ici quelle est l'importance des services à nous rendus par la radiographie dans les maladies des os ; un tel travail n'est plus à faire, et il n'est pas besoin d'aucun plaidoyer en faveur d'un moyen d'investigation qui s'est imposé de lui-même et du premier coup. Ce que je me bornerai seulement à établir, c'est qu'on ne met pas assez souvent à contribution les renseignements que peuvent nous fournir les rayons X et que nous perdons beaucoup en ne les utilisant la plupart du temps que dans des cas embarrassants et de diagnostic douteux. On a le droit de le dire, on n'emploie, en fait, que d'une façon très modérée la radiographie lorsqu'on se trouve en présence d'un cas clinique parfaitement caractérisé, par exemple d'une tumeur blanche aux allures classiques ou d'une ostéomyélite chronique d'emblée en apparence non douteuse. Or, il arrive de temps en temps que les manifestations symptomatiques dont on rend responsable ou l'ostéite tuberculeuse ou l'ostéomyélite ne leur sont pas attribuables et qu'elles traduisent l'existence d'un ostéosarcome. Cela est particulièrement vrai pour les ostéosarcomes centraux, développés au cœur de l'os, dans le voisinage des cartilages de conjugaison et des articulations. Ces néoplasmes, en effet, prennent naissance au sein de la portion médullaire de l'os et sont, au début, enfermés comme dans une coque par la substance compacte ; aussi, pendant un certain temps, est-il difficile d'y soupçonner leur présence. Les sarcomes périostiques développés à la surface de l'os sont plus facilement décelables, bien que la tuméfaction limitée à laquelle ils donnent naissance puisse également être attribuée à une tout autre cause.

Alors qu'il n'y a encore aucune déformation extérieure de l'os, l'ostéosarcome commence à se signaler par de la douleur. Cette douleur à caractères ostéocopes et à maximum nocturne, est, la plupart du temps, attribuée à une syphilis secondaire ou à des ostéites subaiguës. Lorsqu'à quelque temps de là, par suite de l'accroissement du néoplasme, une tuméfaction commence à poindre, tuméfaction encore quelque peu vague, douloureuse à la pression, située au voisinage d'un cartilage de conjugaison, le diagnostic n'en devient que plus affirmatif et s'établit en faveur de

l'ostéomyélite chronique d'emblée du type Trélat-Demoulin. Il suffit de faire quelques recherches pour voir combien est fréquente cette sorte d'erreur. En voici une observation que je donne seulement résumée car je l'ai déjà présentée à la Société de médecine du Nord (22 décembre 1899).

Observation I. — Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans que j'ai observé à cette époque, dans le service de mon maître, M. le professeur Folet, dont j'étais alors le chef de clinique. Ce garçon offrait ceci de particulier d'être très maigre et surtout d'une taille excessive pour son âge, et c'était principalement depuis trois mois que l'allongement de la taille avait pris ces grandes proportions. Il était venu à la consultation se plaignant uniquement de souffrir du genou gauche. A l'examen il était facile de voir que l'articulation était saine ; par contre, quelques centimètres au-dessus, à la face interne du condyle interne, en un point bien limité, la pression éveillait une vive douleur ; en outre, sans que ce symptôme fût très net, l'os paraissait légèrement tuméfié : cette douleur durait depuis un mois environ, et c'est parce qu'elle ne cessait d'augmenter que le malade venait consulter. Rapprochant ce symptôme de l'accroissement rapide de la taille qui devait nécessairement s'accompagner d'une suractivité congestive au niveau des cartilages de conjugaison, je fis le diagnostic d'ostéomyélite chronique d'emblée et j'engageai le malade à entrer à l'hôpital.

M. le professeur Folet, qui le vit, confirma le diagnostic, et comme après quinze jours de repos, les phénomènes douloureux ne s'étaient pas calmés, il m'engagea à faire la trépanation du condyle interne. Je comptais trouver au cours de cette opération un peu de pus dans la substance médullaire du condyle ; au lieu de cela, une fois la substance compacte traversée, je tombai dans une cavité remplie de sang et renfermant quelques débris osseux ; pas la moindre trace de pus, mais écoulement continuel du sang. Ce dernier symptôme éveillant mon attention, je prélevai un fragment de la paroi pour l'examen histologique, arrêtai l'hémorrhagie par le tamponnement et après pansement, fis reporter le malade dans son lit. Les fragments examinés par M. le professeur Curtis montrèrent qu'il s'agissait d'un ostéosarcome à petites cellules et probablement très malin. C'est ce qui engagea M. le professeur Folet à faire une désarticulation de la hanche, bien que le néoplasme fût encore très petit et bien enfermé dans le condyle interne. Je me souviens que lorsque je montrai la pièce à la Société de médecine, deux de mes collègues émirent le regret qu'une intervention aussi large ait été faite pour un néoplasme aussi éloigné. Ceci n'empêcha pas le malade, qui avait bien supporté la désarticulation, de revenir mourir dans le service, trois mois plus tard, de récidive pleuro-pulmonaire. Bien que l'opération ait été très précoce, le sarcome avait déjà eu le temps de détacher dans le système veineux des embolies néoplasiques.

Dans les cas que nous venons d'envisager, l'ostéosarcome donne naissance à des symptômes qui le font prendre pour une affection purement osseuse, syphilitique ou inflammatoire. Nous allons maintenant voir l'ostéosarcome en imposer pour une maladie articulaire et principalement pour une tumeur blanche. Sans doute il est classique de dire que l'ostéosarcome retentit rarement sur les articulations voisines et cette absence de retentissement a même été donnée comme un bon signe différentiel de diagnostic en faveur des tumeurs osseuses, de même que la persistance des mouvements articulaires due à la conservation des surfaces diarthrodiales. Mais la barrière qu'oppose le cartilage à l'envahissement du néoplasme n'est pas infranchissable et il arrive que celui-ci pénètre par effraction dans l'articulation ; une fois le cartilage forcé par la cellule néoplasique, l'existence d'un épanchement articulaire s'explique et dans l'espèce, cet épanchement sera presque toujours constitué par du sang. Dans d'autres cas l'épanchement est purement séreux, il s'agit alors d'une véritable hydarthrose qu'on met sur le compte de la tuberculose et qui est en réalité due au retentissement articulaire d'ordinaire moins considérable dans l'ostéosarcome, mais analogue, en somme, à celui qu'on observe dans les inflammations des épiphyses. Enfin, dans une troisième série de cas, l'articulation demeure absolument indemne, elle ne contient aucune trace de liquide et cependant le diagnostic s'égare tant est voisin le siège du néoplasme, ou à cause de l'œdème périarticulaire, ou encore parce que certains sarcomes périostiques ou centraux arrivent à doubler la capsule et à la blinder en quelque sorte de pseudo-fongosités.

Observation II (D'après les notes rédigées par M. Descarpentries, externe des hôpitaux). — D. M..., petite fille de neuf ans et demi, est amenée pour la première fois à la consultation de la clinique chirurgicale infantile de l'hôpital Saint Sauveur, le 28 mai 1902. On ne possède aucun renseignement sur l'état de l'enfant à ce moment, ni sur le début de l'affection du cou-de-pied, pour laquelle elle vient. M. le professeur Phocas, qui la vit alors fit le diagnostic de tumeur blanche tibio-tarsienne et fit mettre un appareil plâtré. Cet appareil fut enlevé chez elle deux mois après par le médecin de la malade qui, trouvant sans doute que la situation ne s'était pas améliorée, remit un second appareil ; mais bientôt le pied gonfla et la malade commença à souffrir. Au bout de trois mois, en septembre, il fallut enlever cet appareil qui avait déterminé une ulcération circulaire du dos du pied. Le gonflement du membre avait encore pris de plus

grandes proportions. Le 15 septembre la malade revint à l'hôpital et entra dans le service des enfants que je dirigeais alors par intérim.

A ce moment l'enfant amaigrie souffrait beaucoup : sa température atteignait tous les soirs 38°5 ; localement le membre inférieur était fortement tuméfié, le dos du pied distendu par un œdème prononcé et surtout, la moitié inférieure de la jambe était fortement augmentée de volume ; la tuméfaction avait son maximum au niveau de l'extrémité inférieure du tibia et allait en s'amincissant progressivement au fur et à mesure qu'on se rapprochait du genou. La peau était rouge, violacée par places, dépourvue de souplesse et sillonnée par de grosses veines bleuâtres. La palpation, qui était douloureuse, donnait une sensation d'empâtement mollasse, plus dur en certains endroits ; à la partie interne il y avait un point fluctuant. M. Gallois, aide de clinique, qui vit la malade à son entrée, croyant toujours avoir affaire à une ostéoarthrite et pensa qu'il y avait un abcès sur le point de s'ouvrir, et fit une incision qui ne donna issue qu'à du sang d'abord noir puis rouge ; cet écoulement assez important s'arrêta par le tamponnement.

Le surlendemain, il me pria d'examiner à mon tour l'enfant et à ce moment, surtout à cause des renseignements antérieurs, le diagnostic était embarrassant : néanmoins je pus déclarer qu'il y avait de fortes présomptions en faveur de l'ostéosarcome ; en effet, malgré le gonflement du membre, l'articulation dont l'examen était très difficile, était saine, il était possible d'y déterminer de petits mouvements non douloureux et il n'y avait pas de mouvements de latéralité ; s'il s'était agi d'une tuberculose, avec un gonflement pareil l'articulation n'aurait pas manqué d'être détruite, il y aurait eu des fistules ou on aurait senti des fongosités alors que les sensations fournies par le palper étaient tout à fait différentes. J'éliminai également l'ostéomyélite chronique à cause de l'absence de fistules et aussi parce que la tuméfaction n'avait rien de commun avec celle fournie par le manchon d'os nouveau si caractéristique dans cette dernière affection ; au reste j'annonçai que la radiographie confirmerait probablement le diagnostic. Lorsque quelques jours plus tard, nous fûmes en possession de celle-ci, il fut facile de constater que toute la partie inférieure du tibia était détruite et qu'une tuméfaction de nouvelle formation remontait jusqu'à la partie moyenne de l'os, celle-ci apparaissait comme une barre plus sombre au milieu de la masse néoplasique plus claire. Le 6 octobre, lorsque j'eus l'autorisation de la famille, je fis la désarticulation du genou. Opération et suites normales.

Après l'opération nous examinâmes la pièce, et nous fûmes dès l'abord très frappé par l'énorme développement pris par la tumeur en l'espace de quelques jours, aussitôt après l'incision faite par M. Gallois. A travers les lèvres de cette dernière sortaient de gros bourgeons néoplasiques et partout la peau était distendue à l'extrême. La tumeur s'était exclusivement développée au-dessous du cartilage de conjugaison, l'épiphyse et l'articulation étaient indemnes. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome à myéloplaxes.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre, mais je ne veux retenir pour le moment que l'erreur du diagnostic porté au début par M. le professeur Phocas, c'est-à-dire par un clinicien consommé qui connaît les tumeurs blanches pour les avoir pratiquées et qui n'aurait certainement pas commis cette erreur si les moyens classiques dont nous disposons le lui avaient permis. La plupart des chirurgiens et principalement les chirurgiens d'enfants ont observé des faits de ce genre, et un certain nombre ont été publiés qu'il est facile de retrouver dans la littérature médicale. Bien entendu, la chose n'est possible qu'au début de l'affection et à une époque où il n'est pas encore question ni de grosse déformation du membre, ni de tumeur volumineuse, ni de crépitation parcheminée, etc., etc. Mais c'est justement cette période du début qui est la plus favorable à l'intervention chirurgicale; c'est à cette même époque que l'opération, parce que précoce, court la fortune de donner une guérison définitive, car, il y a chance pour que le néoplasme petit et limité n'ait pas encore lancé dans la circulation aucune de ces embolies généralisatrices si redoutables et aussi si fréquentes dans l'ostéosarcome des membres. C'est pourquoi il est pénible d'être obligé d'attendre de l'évolution du néoplasme, l'établissement du diagnostic exact ; c'est là, en effet, un moyen misérable et dont les malades sont à peu près sûrs de bénéficier trop tard alors que les semailles de récidive sont déjà faites.

Nous pensons que dans cet ordre d'idées, la radioscopie et surtout la radiographie employées d'une façon systématique et répétée sont capables de nous rendre de très grands services. Les clichés obtenus à l'heure actuelle par ceux qui savent faire la radiographie, sont suffisamment nets pour permettre le diagnostic précoce et la distinction des tumeurs épiphysaires d'avec l'ostéomyélite chronique et la tuberculose, de même que celle des tumeurs diaphysaires d'avec l'ostéomyélite chronique et la syphilis. On trouvera dans le rapport de MM. Polosson et Bérard, au Congrès de chirurgie de 1899, les éléments de ce diagnostic différentiel qui est basé sur les aspects particuliers des ombres projetées sur la plaque photographique, par les os atteints de ces diverses affections. Voici un court résumé de ce que, se basant sur l'examen de quelques épreuves, MM. Polosson et Bérard établissent à ce sujet :

Dans une hyperostose syphilitique, ce qu'on cons-

tate c'est un apport en masse et régulier de substance nouvelle à de l'os ancien ; les couches périostiques les plus jeunes sont les plus claires.

Dans l'ostéomyélite chronique où, comme on sait, une portion osseuse séquestrée est le plus souvent enfermée dans un manchon d'os nouveau, on perçoit les contours cannelés et irréguliers de la portion centrale séquestrée en plus foncé; tandis que l'os nouveau, d'origine périostique, plus récent et moins calcifié, est beaucoup plus clair.

Dans la tuberculose, l'os est raréfié ; il conserve longtemps ses contours normaux mais il est presque complètement perméable aux rayons X, et sa projection tranche en plus blanc sur le reste du squelette voisin ; les petites cavernes où l'os a disparu se projettent en petites taches blanches.

Dans le sarcome au contraire, les aspects sont tout différents. Si la tumeur, d'origine centrale, est formée de tissu mou et sans travées osseuses, lorsqu'elle a perforé l'os et atteint les parties molles, la radiographie nous montrera une plus ou moins vaste perte de substance osseuse, traduite par une zone claire, découpée comme à l'emporte-pièce. Si le néoplasme est infiltré de dépôts osseux ou calciques, s'il s'agit d'un sarcome périostique, il se projettera en une masse moins opaque, englobant une barre plus sombre formée par le corps de l'os ; et s'il s'agit d'un ostéosarcome central et épiphysaire, l'os apparaîtra comme soufflé, « l'amincissement de ses parois fait qu'il se projette en clair, une coque l'enferme dans ses contours et l'intérieur de cette coque est cloisonné par des lames de refend plus ou moins complètes. »

Ces physionomies radiographiques des tumeurs osseuses ont été décrites d'après les épreuves fournies par des sarcomes ayant déjà atteint un certain développement. Mais leurs caractères sont tellement nets qu'il n'est pas douteux qu'on ne puisse les retrouver avec toute leur précision dès le début de l'évolution de la tumeur, à l'aurore du néoplasme. C'est pourquoi, à notre avis, dans les tumeurs blanches en apparence les plus franches d'allures, mais non encore fistulisées, et dans les ostéomyélites chroniques d'emblée même se présentant avec un ensemble symptomatique des plus classiques, il y a néanmoins un haut intérêt à soumettre systématiquement et à intervalles rapprochés, les malades au contrôle radiographique : c'est le seul moyen de découvrir, le cas échéant, un ostéosarcome impossible à diagnostiquer en clinique.

Il y a toutefois lieu de faire une restriction en ce qui concerne les sarcomes juxtaarticulaires bien centraux et encore tout petits ; ceux-ci, en effet, peuvent se manifester sur la radiographie par une tache blanche qu'on pourrait croire produite par une caverne tuberculeuse ; mais — et c'est ici qu'apparaît la nécessité de faire des radiographies répétées — l'erreur sera de courte durée et sera reconnue si, trois ou quatre semaines plus tard, on soumet de nouveau le malade à l'examen radiographique ; celui-ci montrera en effet que la petite tache blanche a augmenté dans ses dimensions avec une rapidité qui fera rejeter la possibilité d'une tuberculose, et cela, d'autant plus que la raréfaction du tissu osseux signalée plus haut et constante dans cette affection, ne se rencontre pas dans le sarcome.

Evidemment, et cela est regrettable, ce contrôle radiographique n'est pas à la portée de tous les praticiens, car l'installation nécessaire n'existe pas partout et là où elle existe il faut encore, et nous insistons sur ce point, que les appareils soient suffisamment bons et le radiographe assez habile pour que les clichés obtenus soient d'une grande netteté ; il n'y a en effet rien à tirer de ces clichés grisâtres, aux ombres à peine indiquées et mal estompées, que nous fournissent ceux qui ont une pratique incomplète et insuffisante de la radiographie.

A ces conditions, il est évident que nous sommes en possession d'un moyen de diagnostic qui de temps en temps nous permettra de découvrir à notre grand étonnement, une affection que nous ne soupçonnions pas.

Nous pourrons de la sorte, par une opération précoce, intervenir à une époque idéale pour des tumeurs tout à fait limitées, et ainsi nous écarterons plus sûrement les dangers d'une récidive ou d'une généralisation. Ainsi également, nous serons moins exposés à faire de ces opérations intempestives qui sont trop souvent l'origine d'un coup de fouet dans l'évolution de la tumeur. On a vu dans notre observation II l'expansion formidable prise en très peu de temps par la tumeur à la suite d'un coup de bistouri ; c'est que dans le sarcome, cancer peut être inflammatoire, la règle du *noli me tangere* existe dans toute sa rigueur, et il est noter qu'il n'est pas besoin d'un grand traumatisme pour irriter et exalter la vitalité du néoplasme : un coup de bistouri suffit et même une simple ponction. Le Dentu (1) raconte qu'en présence

(1) *Société de chirurgie*, 1877.

d'une tumeur fluctuante de l'extrémité supérieure de la cuisse, qu'il prit pour un abcès ossifluent, il fit une ponction, mais au lieu de pus ce fut du sang qui sortit en telle abondance que l'hémorrhagie fut difficilement arrêtée ; or, à partir de ce moment, la tumeur se mit à prendre un développement très rapide ; les veines sous-cutanées se dilatèrent d'une façon inaccoutumée, une d'entre elles se rompit et donna lieu à une hémorrhagie si formidable qu'on dut lier la fémorale ; le malade mourut de gangrène.

Une observation de CALOT (1) est bien plus intéressante encore. car elle concerne deux frères, l'un de 17, l'autre de 19 ans, chez lesquels il avait porté le diagnostic de tumeur blanche du genou. Il les traita tous deux par sa méthode d'injections intraarticulaires de liquides modificateurs ; or, dit-il, « je ramenai, non pas comme dans les autres cas, un liquide dont l'aspect était celui d'un abcès froid, mais un liquide sanguinolent et à la deuxième ponction c'était du sang pur, comme s'il s'était développé un véritable anévrysme de l'articulation. En même temps, les extrémités osseuses de la jointure doublaient de volume ; la peau, tendue, était lisse et violacée ; l'on pouvait bientôt percevoir à la surface mamelonnée de l'articulation de la crépitation parcheminée. Cette transformation s'était produite dans l'espace de *trois à quatre semaines.* » En même temps, ces cancers devenus très malins se généralisaient et les malades de CALOT ne tardaient pas à succomber sans qu'on ait eu le temps de les opérer, à la généralisation pulmonaire.

Ces observations pourraient être multipliées, mais j'ai choisi celles qui précèdent pour bien mettre en relief l'influence considérable que peut avoir sur l'évolution d'un ostéosarcome, un traumatisme en apparence aussi bénin qu'une simple ponction. Ces faits comportent un enseignement et sont un argument de plus en faveur de la radiographie dans les tumeurs blanches ; il n'est pas inutile d'insister sur ce point à l'heure actuelle où, sans parler des injections de chlorure de zinc suivant la méthode de LANNELONGUE, le traitement par les injections de liquide modificateur autour de l'articulation et même au centre des os est préconisé par une école dont le nombre des adeptes est déjà respectable et dont les résultats annoncés donnent à réfléchir.

Hâtons-nous de reconnaître que, la proportion des ostéosarcomes étant heureusement très faible en comparaison du nombre des ostéomyélites subaiguës et surtout des tumeurs blanches, la radiographie faite d'une façon systématique est destinée à nous encombrer d'un grand nombre de clichés en apparence inutiles. L'argument tombe devant ce fait que la plupart des chirurgiens ont par devant eux une ou plusieurs observations du genre de celles que nous avons rapportées ; cela montre que la précaution vaut qu'on la prenne, et d'ailleurs, il n'y a rien d'inutile en clinique, et il est toujours instructif d'être renseigné sur le siège exact des lésions tuberculeuses ou ostéomyélitiques, même les plus banales.

(1) *Congrès de chirurgie*, 1899.

Rétention d'une partie du placenta après l'accouchement à terme. — Septicémie. — Curage digital et curettage instrumental. — Guérison.

par MM. le professeur-agrégé **Oui**, et **Gellé**, interne des hôpitaux

D... Marie, 34 ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur le 24 juillet au soir.

Des renseignements difficilement recueillis de la part de cette femme, dont l'intelligence est fort obnubilée, il résulte qu'elle a accouché spontanément chez elle, le 16 juillet au soir, assistée par une sage-femme. L'accoucheuse rompit le cordon en voulant pratiquer la délivrance et attendit alors le lendemain matin pour pratiquer la délivrance artificielle. Elle dut introduire plusieurs fois la main dans l'utérus et retira le placenta par morceaux.

Trois jours après, le 19 juillet au soir, la malade fut prise d'un long frisson. Les lochies devinrent fétides ; la température s'éleva et le 24 juillet, son état devint tellement alarmant qu'elle fut envoyée d'urgence à l'hôpital. A ce moment, la température axillaire était de 40°

A la visite du matin, le lendemain 25 juillet, l'état de la malade était le suivant : Ventre ballonné, très douloureux au niveau de l'utérus et des flancs ; écoulement de lochies, couleur jus de pruneaux, horriblement fétides. Facies grippé, langue sale et rôtie, lèvres fuligineuses. Selles diarrhéiques très fréquentes et d'une extrême fétidité. Prostration profonde. Température, 40°,2 ; Pouls, 150

L'examen des urines recueillies à la sonde après désinfection soignée de la vulve ne donne pas trace d'albumine.

M Oui décide de faire immédiatement l'exploration manuelle de l'utérus.

La malade est soumise à l'anesthésie chloroformique et, après toilette vulvo-vaginale très soignée, la main tout entière est introduite dans le vagin, l'autre main appuyant sur la paroi abdominale et abaissant le fond de l'utérus.

Deux doigts introduits dans la cavité utérine l'explorent complètement et atteignent, tout près du fond de l'organe, adhérente à sa paroi postérieure, une masse grosse presque comme le poing, de consistance mollasse et qui est, évidemment, une portion de placenta. Ce fragment placentaire est décollé et extrait. Il est en pleine putréfaction.

L'utérus est alors curetté soigneusement, les faces avec la grande curette en cuiller, les cornes avec la petite curette de PINARD et WALLICH. Le curettage ramène de longs lambeaux de muqueuse très épaisse et grisâtre. L'intervention a dû être menée avec une extrême prudence

à cause de la mollesse très grande du tissu utérin. Une légère hémorrhagie se produit, rapidement arrêtée par une injection intra-utérine de six litres d'eau bouillie à 45°. Deux grandes lanières de gaze iodoformée sont introduites dans l'utérus pour le drainer. Le vagin est ensuite tamponné très légèrement avec de la gaze iodoformée.

Le pouls de la malade étant très petit, presque filiforme, on lui fait immédiatement une injection de 600 grammes de sérum artificiel contenant 20 centigrammes de caféine.

Régime lacté.

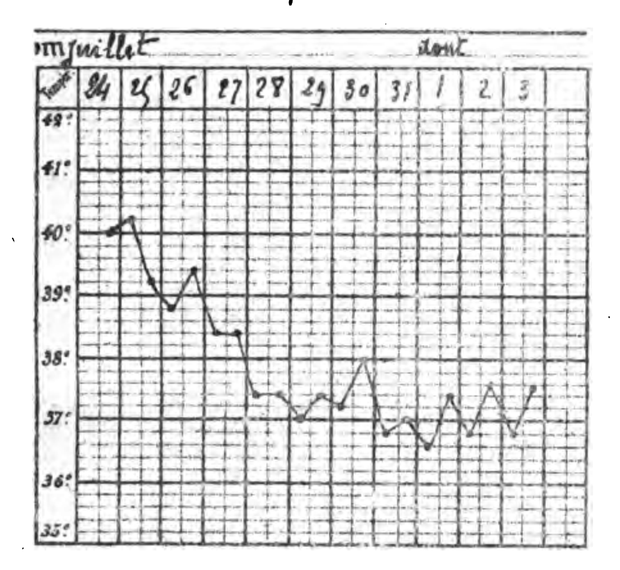
Le soir, la température axillaire est tombée à 39°2. Le pouls est à 140.

Le lendemain, 26 juilllet, 38°8 le matin, 39°4 le soir, 135 pulsations à la minute.

La gaze iodoformée est enlevée. Dans la journée, trois injections vaginales de sublimé à 1/4000.

Les jours suivants, la température oscille entre 37° et 37°5.

Elle remonte, le 30, à 38°. Cette élévation de température



cesse, d'ailleurs, après une selle copieuse due à l'administration d'un lavement.

Le 31, la malade est remise au régime ordinaire.

Comme elle se plaint de douleurs dans la cuisse droite et bien qu'il n'y ait pas d'œdème ni de cordon veineux perceptible, il paraît prudent d'immobiliser le membre dans une gouttière.

La température remonte d'ailleurs un peu les jours suivants et nous aurions vivement désiré garder cette malade quelque temps encore à l'hôpital; mais elle ne voulut écouter aucun conseil et sortit le 4 août, malgré toutes nos instances.

L'un de nous a eu l'occasion de la revoir un mois environ après sa sortie. Elle avait eu, après son retour chez elle, une abondante éruption de furoncles siégeant surtout aux membres supérieurs et aux aisselles.

Au point de vue génital, elle se plaignait de douleurs et d'une abondante leucorrhée. Utérus en rétroflexion, gros et douloureux.

Si nous rapportons cette observation, c'est qu'on se trouve assez rarement en présence de rétentions placentaires partielles aussi considérables après l'accouchement à terme. C'est, généralement, à la rétention totale qu'on a affaire ou à la rétention de très petits débris. Le fait qu'on avait dû avoir recours, dans le cas présent, à la délivrance artificielle qui commande une exploration complète de l'utérus, permettait de croire que la cavité utérine avait été bien et complètement vidée.

Une circonstance, cependant, commandait le doute, c'est que le placenta avait été retiré par morceaux et cela seul suffisait pour juger que l'opération avait été faite par une main inhabile.

C'est pourquoi il fut procédé d'abord à l'exploration manuelle, naturellement suivie de l'extraction du placenta retenu.

On aurait pu s'en tenir à cette intervention. C'est même la conduite que préconisent généralement les partisans du curage digital dont la plupart se contentent, comme Monsieur Budin, de pratiquer, après le curage, l'écouvillonnage de la cavité utérine.

Nous pensons que, dans notre cas, le curettage a été un complément fort utile au curage manuel. La muqueuse utérine était certainement infectée profondément ainsi que l'ont prouvé la teinte grisâtre et l'épaisseur considérable des lambeaux de muqueuse ramenés par la curette. La simple extraction du placenta retenu n'aurait vraisemblablement pas suffi à maîtriser une infection aussi profonde et d'allure aussi grave.

La curette, seule, n'aurait probablement point suffi à vider l'utérus. Ce qui était nécessaire, c'était l'emploi combiné de ces deux moyens, le doigt enlevant mieux que la curette les débris importants contenus dans la cavité utérine, la curette pouvant seule abraser et supprimer la muqueuse infectée.

Si on a recours, pour le curettage, aux larges curettes de Pinard et Wallich, incapables, à moins d'être maniées avec brutalité, de produire des dégâts dans un utérus même très ramolli; la combinaison du curage digital et du curettage instrumental nous paraît devoir agir contre des septicémies graves liées à une rétention plus efficacement que chacune de ces méthodes employées isolément. Elle rétrécirait probablement quelque peu le champ d'action de quelques hystérectomistes convaincus.

Consultations Médico-Chirurgicales

Amygdalite phlegmoneuse

Professeur-agrégé Gaudier.

Sous le nom d'amygdalite phlegmoneuse il faut comprendre le phlegmon intra-amygdalien, le phlegmon péri-amygdalien, et la variété mixte, phlegmon de l'amygdale et de son atmosphère.

INFORMATIONS CLINIQUES. — Un adulte de 15 à 40 ans, bien plus rarement un enfant ou un vieillard,

après des prodromes tels que : céphalée, courbature. frisson, fait de la fièvre à 39 ou 40° et en même temps se plaint d'une douleur vive amygdalienne, de dysphagie ; une adénite angulo-maxillaire plus ou moins considérable est constatée. C'est la première fois qu'il présente ce complexus symptomatique, ou bien au contraire il ne se passe pas d'année qu'il n'ait quelque chose de semblable.

A. L'affection a évolué très rapidement, souvent bilatéralement : l'amygdale est rouge, tendue, parsemée de dépôts pultacés à sa surface, la douleur est vive, mais localisée souvent en un point amygdalien. Il n'y a pas, ou très peu d'œdème de la luette, ni de tuméfaction des piliers. Le malade peut ouvrir assez facilement la bouche. Il s'agit probablement d'un *phlegmon intra-amygdalien.*

B. L'affection a évolué assez lentement, unilatéralement le plus souvent ; il existe ce timbre de voix spécial caractérisé du nom de voix amygdalienne. Du trismus existe et parfois est assez marqué pour gêner beaucoup l'examen de la gorge, la douleur très vive est étendue à toute la région. Ici deux localisations anatomiques peuvent se rencontrer.

a). Si le pharynx est rouge vif, si la tuméfaction du pilier antérieur est accentuée, s'il y a œdème de la luette et du voile du palais, asymétrie de l'isthme bucco-pharyngien due au gonflement du côté affecté, il s'agit probablement d'une *variété antérieure de phlegmon péri-amygdalien.*

b). Si le pharynx est moins uniformément rouge, s'il y a tuméfaction considérable du pilier postérieur qui, véritable bourrelet œdématié, refoule l'amygdale en avant, en la coiffant en partie, s'il existe très peu d'œdème du voile du palais et de la luette, il s'agit probablement là d'une *variété postérieure de phlegmon péri-amygdalien.*

C. Spontanément, l'abcès s'est ouvert, un pus infect s'en est écoulé et la douleur a diminué, mais pas complètement, ainsi que le trismus ; le patient crache encore du pus de temps en temps, avec des intermittences de réveil douloureux. Il s'agit probablement là d'un passage à l'*état chronique d'une intra ou périamygdalite phlegmoneuse,* dont l'abcès est insuffisamment ouvert et qui prédispose aux récidives aiguës.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — Pour la genèse d'une angine phlegmoneuse, il faut la prédisposition anatomique de l'amygdale cryptique ou lacunaire, à tendances hypertrophiques souvent ignipuncturée, avec sa caractéristique de cryptes plus ou moins anfracteuses, à goulot plus ou moins étroit, qui constituent, à la moindre inflammation, un vase clos idéal où s'exaltera à souhait la virulence des agents variés pyogènes, hôtes de ces cryptes, staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, etc.

Dans le cas de phlegmon intra-amygdalien, la lésion intéresse plus spécialement le tissu adénoïde de la glande ; dans le cas de phlegmon péri amygdalien, le foyer phlegmoneux siège, soit en avant (abcès antérieur), soit en arrière (abcès postérieur) dans le tissu cellulaire sous staphylin, ou dans les recessus antérieurs ou supérieurs.

Cette pathogénie commande la double indication d'atteindre le siège de l'abcès pour l évacuer, de prévenir le retour de sa formation en modifiant l'état anatomique de l'amygdale.

Mais cliniquement, il surgit d'autres indications dignes d'attention : calmer la douleur, faire l'antisepsie buccale afin de défendre les organes voisins contre l'infection.

TRAITEMENT. — Suivant la période à laquelle on est appelé, le traitement sera médical ou chirurgical : médical d'abord, plus on s'éloignera du début, plus il sera du ressort de la chirurgie, si l'évacuation de l'abcès ne se fait pas spontanément. Mais une fois parvenue à la période d'état, l'amygdalite phlegmoneuse, suivant la variété anatomique, exige un choix dans l'intervention qui lui est réservée.

PHASE COMMUNE A TOUTES LES AMYGDALITES

Un traitement médical ou chirurgical peut-il prétendre à faire avorter l'amygdalite phlegmoneuse qui se prépare ? Le doute est permis, l'amygdalite qui commence n'annonce par aucun symptôme qu'elle deviendra phlegmoneuse.

TRAITEMENT MÉDICAL. — Ce traitement, dénommé médical parce qu'on n'a pas recours à l'instrument tranchant, peut suffire même pour provoquer l'évacuation de l'abcès.

Il comporte les gargarismes, les pulvérisations, les lavages, les enveloppements du cou.

Gargarismes. — Les gargarismes n'ont qu'une action très limitée. **Emollients** purs, ils visent, pris tièdes, à décongestionner la région, à la baigner ; les décoctions de racines de guimauve et celles de pavot sont alors prescrites : **antiseptiques** et destinés à nettoyer la région endolorie, on a le choix dans la gamme si variée des antiseptiques et l'on prescrit soit l'acide phénique à un pour 1000, le phénosalyl à un pour 500, le sublimé à 0,20 pour 1000.

Irrigations pharyngiennes. — Aux gargarismes tièdes ou aux pulvérisations qu'on peut faire avec les mêmes solutions, il faut préférer les irrigations pharyngiennes fréquemment répétées, chaudes ou froides, faites au moyen d'une **douche d'Esmark** et se composant d'une solution tiède ou froide faiblement antiseptique, ou le grand lavage froid avec le siphon d'eau de Seltz.

Technique de l'irrigation pharyngienne avec le siphon d'eau de Seltz — Prendre un siphon d'eau de Seltz ordinaire : fixer solidement au bec un tube en caoutchouc de 50 à 75 centimètres de long terminé par une canule en verre en cristal, à orifice terminal : puis, le cou protégé par une serviette entourant la bouche, et se penchant au-dessus d'une cuvette, à petits coups et par intervalles, en ménageant la pression pour ne pas faire éclater le tube de caoutchouc, **siphonner le fond de la gorge** du côté malade, la canule étant placée entre les dents. Entre deux jets on reprendra haleine.

Cette irrigation froide, très gazeuse, est bien supportée par le malade : elle est économique, elle nettoie bien la gorge, ramenant avec elle toutes les mucosités pharyngées et elle est surtout très calmante, permettant la déglutition immédiate et par conséquent l'alimentation liquide. Elle agit par un véritable massage de l'amygdale ; vidant les cryptes, décongestionnant la muqueuse, et dans certains cas heureux permettant à un abcès superficiel, dans un effort, de se vider ainsi, sans intervention instrumentale. **Il faut faire 4 ou 5 siphonnages par jour.**

Enveloppements du cou. — Les enveloppements du cou, plutôt chauds que froids, soit au moyen de compresses trempées dans une solution chaude, soit au moyen de cataplasmes ou de ouataplasmes souvent renouvelés peuvent soulager le malade.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Il consiste en une véritable exploration de la région malade, au moyen des crochets mousses et piquants, ou disciseurs de Ruault ou faits pour la circonstance, à l'aide d'un fort stylet long dont l'extrémité mousse sera recourbée sur un centimètre à angle droit avec la tige.

Technique de l'exploration méthodique des amygdales. — Pour pratiquer cette exploration, parfois curative par elle même, **la condition indispensable est de bien éclairer la gorge** ; autant que possible on se servira de la lumière artificielle et du miroir frontal. On peut aussi badigeonner la région amygdalienne et le voile du palais avec une solution de cocaïne à 1 pour 100 pour diminuer un peu les réflexes bucco-pharyngés.

L'exploration, commencée avec le crochet mousse, doit être méthodique et sans violence. Après avoir déprimé la langue avec un abaisse-langue, avec le crochet chacune des cryptes sera cathétérisée : quelques cloisons seront détruites ; puis, discrètement, on s'attachera à explorer les recessus antérieurs, supérieurs et postérieurs, détachant quelques adhérences au passage, s'assurant de la sensibilité superficielle ou profonde de la région. Si, chemin faisant, on ouvrait une petite collection, on abandonnerait le crochet mousse pour un crochet piquant ou mieux pour une petite faux de Ruault et l'on ouvrirait largement l'abcès.

Nausées, vomissements, protestations du malade et de son pharynx même cocaïnisé, saignement, tout cela peut rendre cette petite opération moins aisée qu'elle ne le paraît ; mais, même incomplète, elle présente un grand avantage : Par l'hémorrhagie provoquée elle décongestionne ; par le cathétérisne dilatateur des cryptes, elle vide ces dernières, décompressionne, permet à un abcès profond de se faire jour plus vite. L'exploration méthodique suivie de siphonnage est à recommander.

PHASE OU L'AMYGDALITE PRÉSENTE SA VARIÉTÉ CLINIQUE

Le traitement est ici avant tout chirurgical ; le traitement médical est tout accessoire.

A. Phlegmon intra-amygdalien. — La tuméfaction amygdalienne est nette ; la collection purulente est formée depuis trois ou quatre jours.

Il faut **ouvrir** soit avec le crochet à discision tranchant, soit au bistouri. Mieux vaut le crochet dont la courbure et le peu de volume facilite cette petite intervention ; comme toutes celles que l'on pratique dans la bouche, cette intervention doit se faire **au grand jour et jamais à l'aveuglette** et en tâtonnant.

Le crochet a pénétré dans la collection, le pus s'écoule le long de l'instrument et tombe dans la bouche ; agrandissez l'incision et faites un grand lavage à la suite.

La douleur cesse bien vite et la guérison s'obtient en deux ou trois jours.

B. Phlegmon périamygdalien antérieur. — Deux cas se présentent :

a). La collection qui date de cinq à huit jours siège près du bord libre du pilier. Le **crochet** l'ouvre assez facilement, en passant entre le pilier et l'amygdale ; **remonter de bas en haut la pointe dirigée vers le voile, décoller largement.** On s'assure en passant de l'état de l'amygdale où pourrait coexister un autre abcès.

b). La collection, âgée de huit, dix, douze jours, est profonde, loin du bord libre des piliers. Le voile du palais présente une voussure arrondie, et il peut se faire que le doigt exerçant une légère pression, à un centimètre et demi du bord interne des fibres antérieures, sente une dépression très sensible au milieu de l'induration phlegmoneuse.

Ici il faut **inciser**, mais en général ce n'est pas chose facile, étant donné dans ce cas le trismus qui gêne pour voir et inciser.

Technique. — Inutile de cocaïner ; pour empêcher la bouche de se refermer, placer un bouchon ou tout autre écarteur entre les dents ; déprimer fortement la langue, bien éclairer la région et **inciser parallèlement au bord des piliers sur une longueur d'un centimètre, en pénétrant à un bon centimètre et demi de profondeur.** On se servira

d'un petit bistouri à lame étroite et la pointe sera dirigée dans la direction de la ligne médiane pharyngée ; jamais du côté de la paroi latérale. **Il faut préférer le bistouri** au galvano-cautère, dont le seul mérite est de ne pas exposer à la réunion trop précoce des bords de l'incision ; mais dont, tort grave, l'application est fort douloureuse.

En général, le pus s'écoule immédiatement après l'incision. Dans quelques cas pourtant, l'écoulement ne se produit qu'au bout de quelques heures. Si passé ce temps et malgré l'incision large et profonde, les douleurs continuent, c'est que l'on a mal exploré la région amygdalienne et que le pus se trouve soit dans l'amygdale, soit en arrière.

B'. Phlegmon péri-amygdalien postérieur. — Le diagnostic en est généralement facile. Il faut **inciser franchement** avec le crochet tranchant ou le bistouri, le bourrelet postérieur saillant qui refoule et recouvre l'amygdale ; le pus est très superficiel et s'écoule de suite.

C. Forme chronique fistuleuse. — Elle succède soit à une collection ouverte spontanément, soit à une collection ouverte instrumentalement, mais dont l'ouverture dans les deux cas a été ou trop petite, ou mal située, trop haute.

Dans quelques cas, elle coexiste dans l'amygdale même, avec la présence d'un calcul amygdalien cryptique.

L'indication est d'**ouvrir plus largement** ; et s'il existe reconnu au stylet par l'exploration, d'**extraire** le calcul amygdalien.

CONVALESCENCE ET PROPHYLAXIE

Après ces interventions, les lavages de la bouche sont de rigueur ; gargarismes, ou injections, ou siphonnages, mais plutôt légèrement antiseptiques et chauds. D'ailleurs, l'abcès ouvert, les phénomènes douloureux s'amendent très vite, le gonflement disparait, le trismus cesse, l'adénite diminue.

Cependant, il faut continuer pendant longtemps les **instillations nasales** à l'huile mentholée, boriquée, ou résorcinée, pour protéger les trompes contre toute infection possible et soumettre le malade à un traitement **tonique réparateur**, car rien ne déprime plus qu'une angine phlegmoneuse. Il faut empêcher le retour d'accidents aussi pénibles et douloureux. Il est donc indiqué, toute inflammation étant calmée, de procéder à l'**ablation des amygdales**, si celles-ci sont hypertrophiques, soit par amygdalotomie, soit par morcellement, après discission.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 14 novembre 1902

Présidence de M. Carlier, président

Indications et résultats de la néphrectomie

M. Carlier fait une communication sur ce sujet (*sera publié*).

M. Surmont ne met pas en doute l'existence du réflexe réno-rénal, mais il se demande comment le fonctionnement d'un rein sain peut être influencé par le rein malade au point de vue de l'excrétion d'urée. C'est peut-être parce que le sujet mange mieux qu'avant l'opération qu'il excrète plus d'urée.

M. Carlier répond qu'un de ses malades, celui qui avait la syphilis, mangeait aussi bien avant qu'après l'intervention et supportait bien sa tuberculose et sa syphilis. Or, l'urée a doublé après la néphrectomie : c'est un fait inexpliqué. De même, chez cet homme, le traitement mercuriel, mal supporté avant l'opération, fut bien supporté après. Actuellement, le malade est au régime ordinaire et il a plus du double d'urée.

M. Surmont demande s'il est admis qu'après néphrectomie l'hypertrophie du rein restant se fasse beaucoup plus vite qu'au cas de disparition pathologique du rein, car dans cette dernière hypothèse on ne supprime pas comme par l'opération les toxines capables de léser le rein.

M. Carlier répond qu'on voit des malades avec deux gros reins, l'un altéré pathologiquement, l'autre hypertrophié. Après ablation d'un rein, l'hypertrophie de l'autre doit se faire très lentement.

Simulation de chylurie chez une petite fille

M. Surmont montre de l'urine contenant de la graisse à l'état solide et provenant d'une fillette de onze ans qui avait été vue par M. Carlier. Les parents avaient constaté chez leur enfant l'émission d'urine blanche : celle-ci contenait de la graisse, mais le cathétérisme de l'uretère fournissait un liquide limpide.

L'enfant a uriné devant M. Surmont du liquide clair. Elle n'avait rien aux parties génitales, sauf un amas de graisse sous le capuchon clitoridien. Le calibre des masses graisseuses émises précédemment était évidemment trop considérable pour avoir pu franchir l'urètre. Lors de l'examen, l'enfant semblait désintéressée de ce qui se passait, puis poussait des cris tout à fait exagérés.

Lors de l'émission de ces masses graisseuses, elle déclarait d'ordinaire être prise de douleurs et on trouvait dans le vase les fragments en question. Ils sont constitués par de la graisse animale, avec du tissu aponévrotique et même musculaire. Une autre fois, il y eut du sang.

Les parents ne veulent pas croire à cette simulation, par trop évidente. Quant à l'enfant, elle nie toute supercherie.

Cette petite fille est hystérique, fille d'un père alcoolique, épileptique et paludéen, presque aliéné. Elle-même est menteuse. Elle a peut-être eu de vraies urines graisseuses, et comme on en a parlé devant elle, pour ne pas aller en classe, elle a continué à simuler l'hématurie et la chylurie par le procédé qui vient d'être indiqué.

M. **Carlier** a vu un cas de chylurie et a cru un moment à la filariose chez le malade. Deux heures après émission et à la température de 15 à 18°, un caillot se formait au fond du verre. M. Carlier fit le diagnostic de chylurie alimentaire. Cela dura une vingtaine de jours, puis disparut pour revenir après une blennorrhagie, comme la première fois d'ailleurs.

M. **Gérard** dit que la chylurie alimentaire est fréquente. Dans la filariose, on note de l'hématurie.

M. **Deléarde** a vu un chylurique qui présentait des lacs lymphatiques au coude et au pli de l'aine.

Rétention partielle du placenta après un accouchement à terme. Septicémie : guérison

MM. **Oui** et **Gellé** relatent cette observation. (*Est publié dans le présent numéro*).

Osteosarcome de l'extrémité inférieure du tibia

M. **Lambret** a vu cette localisation rare du sarcome chez une fillette de 9 ans. Il présente des pièces anatomiques et une radiographie. Le début de l'affection avait eu lieu il y a neuf mois par une légère entorse. Le 28 mai, on diagnostique une tumeur blanche du cou-de-pied et on mit, pendant six mois, un appareil plâtré qu'il fallut enlever à cause des douleurs et du gonflement avec ulcération du dos du pied. Le 1er septembre, on constate la déformation du pied : on trouve un bloc empâté avec un point fluctuant. L'incision donne du sang et nécessite un tamponnement.

Le diagnostic devenait certain, car une tumeur blanche eût détruit l'articulation. Le 6 octobre, désarticulation du genou : la tumeur avait doublé de volume, la peau était très distendue et il sortait de gros bourgeons par l'incision qu'avait pratiquée M. Gallois. La malade était depuis lors amaigrie et fébrile.

C'est un sarcome à myéloplaxes. Le diagnostic avait été difficile au début avec la tuberculose et l'ostéomyélite chronique. Cette tumeur avait pris une rapide expansion sous l'influence d'une incision pratiquée dans le service de M Phocas par M. Gallois, incision qui a servi de coup de fouet. On doit noter l'intégrité de la partie sous-jacente au cartilage de conjugaison.

Exostose de l'humérus

M. **Colle** présente un ostéome de l humérus et sa radiographie faite par M. Bédard avant l'ablation.

La tumeur osseuse s'est développée dès la première enfance chez un garçon âgé aujourd'hui de six ans. Les parents l'ont aperçue, pour la première fois, lorsque l'enfant avait deux ans environ. Elle faisait alors déjà une saillie très appréciable sous la peau ; il est donc probable que le développement initial de la tumeur remonte aux premiers mois de la vie, si même elle n'est pas d'origine congénitale. Absolument indolore elle siégeait au tiers supérieur de l'humérus et venait émerger entre le bord du deltoïde et les fibres d'insertion supérieure du vaste externe. Arrondie en forme de petite noix à son extrémité libre qui faisait une forte saillie sous la peau, elle se rattachait à l'humérus par un pédicule d'abord cylindrique puis suivant l'axe de l'humérus dans les parties qui se rattachaient à celui-ci sur une ligne de quatre centimètres environ. La radiographie semble bien établir que le développement de la petite tumeur s'est fait assez loin du cartilage juxta-épiphysaire.

L'ablation a démontré que le pédicule est devenu cylindrique au point où l'exostose s'est dégagée des plans profonds suivant une véritable boutonnière musculaire formée aux dépens du deltoïde et du vaste externe.

La partie sphérique la plus saillante, sous-jacente à la place était encroûtée de cartilage.

Aucune hypothèse ne saurait être formée sur la pathogénie de cette exostose. Son éloignement du cartilage de conjugaison, sa précocité, sont assez remarquables. A signaler également que l'humérus qui la supportait n'était pas moins long que l'humérus de l'autre côté.

Aucune cause infectieuse chez l'enfant lui-même ne peut être invoquée.

A ceux qui admettent le rôle possible, en pareil cas, d'une hérédité infectieuse, il faut signaler que le père est mort d'une pleurésie purulente au cours d'une tuberculose pulmonaire quand l'enfant avait trois ans.

M. **Le Fort** dit que ces tumeurs passent souvent inaperçues. En faisant des revaccinations chez des adultes, il a souvent perçu des saillies osseuses dans l'aisselle. Le premier sujet ainsi observé avait près de 200 exostoses disséminées et ne s'en doutait point. Un autre présentait au genou une exostose en crochet qui perforait la peau ; il en avait un peu partout. Le plus souvent cela n'occasionne aucun trouble, mais ces exostoses sont rares chez d'aussi jeunes sujets que celui de M. Colle. Elles ne sont pas tout à fait juxta-épiphysaires, mais descendent petit à petit avec la croissance, jusqu'à siéger en pleine diaphyse, ce qui permet de fixer l'âge de la maladie.

M **Lambret** ajoute que ces exostoses peuvent demander des opérations de nécessité. Ainsi, une exostose implantée à l'extrémité supérieure du tibia, s'étant accrue, avait perforé la peau, puis s'était nécrosée.

Perforation du cœcum due à une obstruction intestinale par accumulation de pelures de poires

M. **Bouret**. — Il s'agit d'un homme d'environ 70 ans, qui se présentait le 5 novembre dernier à la consultation gratuite de M. le professeur Combemale. Il se plaignait du ventre, on le fit entrer à l'hôpital de la Charité, salle Ste-Madeleine, n° 3. A la visite du 6 novembre il accuse une douleur vague dans la région sus-ombilicale ; il va, dit-il, difficilement à la selle. Cet homme à la simple inspection

n'a nullement l'aspect d'un malade. Il est porteur d'une hydrocèle gauche assez volumineuse qui ne le gêne pas. Il se lève et circule dans la salle. De temps en temps il déclare à ses voisins que le ventre lui pèse. Le ventre ne présente rien d'anormal à l'inspection. Comme il n'a pas grand appétit on lui donne du lait et des œufs qu'il supporte très bien. C'est un constipé, croit-on ; on lui donne un purgatif, 30 grammes d'huile de ricin, qu'il vomit en partie.

A la visite du 7 il se trouve bien, mais comme le purgatif n'avait produit naturellement aucun effet, la sœur de service lui administre un lavement glycériné bientôt suivi d'une selle.

Vers 6 heures du soir il raconte qu'il vient de sentir « quelque chose craquer dans son ventre » il indique nettement le flanc droit. On n'appelle pas l'interne de garde, le malade est d'ailleurs tranquille, ne se plaint pas, si ce n'est d'une vague douleur occupant toujours la région sus-ombilicale. Peu de temps après il vomit le repas qu'il vient d'ingérer. Vers minuit, le veilleur le trouve mort dans son lit.

L'autopsie est faite le 9. Le ventre est extrêmement ballonné. Une large incision de l'appendice xyphoïde au pubis est pratiquée, une quantité énorme de gaz horriblement fétide s'en échappe ; le péritoine est rempli de matières fécales ; on peut évaluer à un litre et demi la quantité de matières répandues dans le ventre : c'est un liquide épais verdâtre dans lequel on aperçoit une certaine quantité de pelures de fruits.

Un lavage abondant permet alors de découvrir une masse occupant la partie droite et la partie supérieure du ventre, c'est le côlon ascendant et le côlon transverse formant un énorme boudin d'environ 15 centimètres de diamètre pour le côlon ascendant et d'environ 10 centimètres pour le côlon transverse.

Au niveau du cœcum, qui s'est en partie vidé dans le péritoine, on trouve trois orifices de la grandeur d'une pièce de 2 francs occupant la région antéro-externe et d'où s'écoulent par la pression des matières fécales.

Le côlon est alors ouvert et il sort une masse épaisse composée presque uniquement de pelures de poires tassées. On peut évaluer à trois litres environ la quantité de pelures occupant cette partie du côlon.

La partie extrême du boudin était formée de pelures plus serrées qu'autre part et se trouvait située à quelques centimètres de l'angle que forme le côlon transverse avec le côlon descendant.

Dans cette masse les pelures de poires étaient parfaitement reconnaissables, les pépins y étaient nombreux et on y retrouvait aussi quantité de ces concrétions pierreuses que l'on rencontre dans ces fruits.

Au niveau du cœcum, qui devait avoir été la partie la plus dilatée et qui était d'ailleurs le siège des perforations, les tuniques à certains endroits étaient réduites à une mince membrane transparente qui n'était autre que la muqueuse.

Dans le côlon descendant et dans le rectum se trouvaient des scybales bien moulées tandis que l'intestin grêle était occupé par une bouillie jaune-verdâtre ; le foie, la rate ne présentaient rien d'anormal.

M. **Drucbert** rappelle les obstructions par noyaux de cerises, appelées encachonnement ; chez un garçon opéré par lui d'iléosigmoïdostomie, douze jours après l'intervention, l'ingestion de trois à quatre poires donna lieu à des signes intestinaux.

M. **Oui** dit que les noyaux de cerises descendent dans le rectum, tandis qu'ici tout le gros intestin était obstrué.

MOTS DE LA FIN

Conversation surprise entre sénateurs :

— Où achetez-vous donc vos dents ?

— Chez X...

— Elles ont l'air très bien conditionnées.

— En effet, elles jouent admirablement bien la nature. Elles jouent tellement bien la nature que quelquefois elles vous font mal.

(Lyon Médical).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Soutenances de Thèses

M. F.-W.-J. Cadart, de Blessy (Pas-de-Calais), a soutenu, avec succès, le mardi 25 novembre 1902, sa thèse de doctorat (6e série, n° 105), intitulée : **Des tumeurs lipomateuses rétropéritonéales**.

— M. C.-L.-F. Couvreur, de Roubaix (Nord), a soutenu, avec succès, le mardi 25 novembre, sa thèse de doctorat (6e série, n° 104), intitulée : **Les hémorrhagies des kystes de l'ovaire**.

— M. A.-V.-L.-A. Delannoy, de Roubaix (Nord), a soutenu, avec succès, le samedi 29 novembre, sa thèse de doctorat (6e série, n° 107), intitulée : **Main bote et syphilis ; étude clinique et critique**.

— M. E.-E. Febvre, de Falaise (Calvados), a soutenu, avec succès, le vendredi 28 novembre, sa thèse de doctorat (6e série, n° 108), intitulée : **Des souffles en écharpe mitro-aortique et aortico-mitral**.

— M. L.-A.-J. Pétillon, d'Estaires (Nord), a soutenu, avec succès, le vendredi 28 novembre, sa thèse de doctorat (6e série, n° 110), intitulée : **Des exanthèmes consécutifs aux angines aiguës non diphtériques**.

— M. H.-C.-J. Brassart, interne des hôpitaux de Lille, aide-préparateur de thérapeutique, lauréat (1er) de la faculté, de

Mont-Bernenchon (Pas-de-Calais), a soutenu, avec succès, le samedi 29 novembre sa thèse de doctorat (6e série, n° 109), intitulée : **Les accidents méningitiques au cours des infections gastro-intestinales de l'enfance.**

— M. L.-J.-B.-J. LEROUGE, de Tourcoing (Nord), a soutenu, avec succès, le samedi 29 novembre, sa thèse de doctorat (6e série, n° 106), intitulée : **La pratique du tubage en clientèle privée.**

— M. A.-E.-N.-J. CURMER, externe des hôpitaux de Paris (Seine), a soutenu, avec succès, le samedi 29 novembre, sa thèse de doctorat (6e série, n° 115), intitulée : **Contribution à l'étude de l'hystéropexie et de ses procédés opératoires.**

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Bordeaux. — Ont été nommés, après concours, chef de clinique médicale, M. le docteur P. LAFFARGUE ; chef de clinique ophtalmologique, M. le docteur Ed. AUBARET.

Alger. — M. le docteur CANGE est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de chirurgie ; M. le docteur SCHERB est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de médecine.

Besançon. — M. le docteur MALDINEY, est chargé d'un cours de physique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

Reims. — M. le docteur GRAIR est chargé, pour l'année scolaire 1902-1903, des fonctions de chef des travaux cliniques (pharmacie) à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Notre Carnet

M. le docteur MOUTON, de Maroilles (Nord), nous fait part de la naissance de sa fille MADELEINE.

M. le docteur MARIAU, médecin-major de 2e classe au 120e d'infanterie à Péronne (Somme), nous fait part de la naissance de son fils PHILIPPE.

Nous adressons à nos deux excellents confrères nos meilleurs souhaits pour les mères et les enfants.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs NADAUD, de Saint-Barthélemy-de-Bellegarde (Dordogne) ; MABBOUX, de Contrexéville (Vosges).

Pierre VACHER, interne des hôpitaux de Lyon.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

46e et 47e SEMAINE, DU 9 AU 22 NOVEMBRE 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	16	9
3 mois à un an	12	5
1 an à 2 ans	14	3
2 à 5 ans	5	5
5 à 10 ans	6	9
10 à 20 ans	4	5
20 à 40 ans	18	21
40 à 60 ans	23	13
60 à 80 ans	15	20
80 ans et au-dessus	1	11
Total	114	101

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	3	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	3	»	»	»	»	»	4	13	13
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	6	1	»	»	»	»	»	1	1	»	2	»	»	2	3	»	»	»	»	6	21	22
Moulins, 24,947 hab.	6	»	»	»	»	»	»	»	4	1	3	»	»	2	»	»	»	»	»	5	21	35
Wazemmes, 36,782 hab.	29	»	»	»	»	»	»	2	1	»	2	»	»	1	»	»	»	1	»	9	45	39
Vauban, 20,381 hab.	6	»	1	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	4	14	22
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	3	»	»	3	»	»	»	»	3	1	»	»	»	3	»	»	»	»	»	16	30	26
Esquermes 11,381 hab.	6	»	»	1	»	1	1	»	1	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	12	26	20
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	6	10	15
Fives, 24,191 hab.	1	»	»	»	»	1	»	»	2	»	1	»	»	2	1	1	»	»	»	11	19	32
Canteleu, 2,836 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	3
Sud, 5,908 hab.	6	»	»	»	»	»	»	1	1	1	1	»	»	2	»	»	»	»	»	3	14	8
Total	67	1	1	5	»	2	1	5	14	5	12	»	»	19	3	1	1	1	»	77	215	235

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc.

Le gérant : Th CLERQUIN.

N° 308. Sixième Année. N° 49 Le Numéro : 10 centimes. 7 Décembre 1902

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur

Occlusion intestinale par entéro-spasme

par M. le professeur **H. Folet**

MESSIEURS,

Vous venez d'avoir sous les yeux un homme qui a présenté de l'occlusion intestinale, à début brusque mais à forme subaiguë, ce qui nous a permis de temporiser et d'assister, sous l'influence d'un traitement médical très simple, à la disparition spontanée des symptômes alarmants. Et de l'évolution clinique des faits nous avons pu induire la nature hystérique de la maladie.

Voici d'abord l'observation détaillée recueillie avec soin par M. TRAMPONT, interne du service.

L..., Benjamin, 33 ans, tapissier, entré dans le service le 28 janvier 1902. Homme d'aspect assez chétif, maigre. A eu 13 frères et sœurs dont 7 sont morts en bas âge de maladies assez indéterminées, mais où le bacille paraît avoir eu large part. C'est un émotif, très facile aux larmes. Insensibilité du pharynx au contact. Hystérie légère.

Habituellement très constipé. Il était souvent deux, trois jours, quelquefois presque une semaine, sans aller à la selle.

Le 25 janvier, dans l'après-midi, a ressenti dans le ventre des douleurs d'abord faibles qui ont été en augmentant. Rentré chez lui il a vomi des restes des aliments du déjeuner et du thé pris dans l'après-midi.

Le lendemain matin 26 janvier, les douleurs qui ont persisté et augmenté, ont pris l'apparence d'une barre très pénible dans le ventre et dans les reins. Son médecin, M. le Dr DERODE, le voit dans la matinée et lui prescrit du sulfate de magnésie et des compresses laudanisées sur l'abdomen. Le purgatif n'amena pas de selles et les douleurs ne cessèrent point, au contraire.

Le 27 janvier, administration d'eau-de-vie allemande et compresses froides sur le ventre ; ce qui n'amena pas davantage l'évacuation de selles ni de gaz. Les douleurs persistent et s'accompagnent de quelques vomissements. Le toucher rectal avait été fait et n'avait rien révélé d'anormal.

Le 28 janvier, M. le professeur FOLET voit le malade avec M. le docteur DERODE. Ventre très sensible au toucher ; partout mais spécialement vers le point de MAC-BURNEY. Tympanisme évident, mais pas très considérable, Température à 37.3. Pouls 90. Devant ces symptômes d'occlusion subaiguë et en prévision d'une opération nécessaire, on conseille au malade d'entrer à Saint-Sauveur. Il y entre dans l'après-midi. Glace sur le ventre : deux injections de morphine, l'une vers deux heures, l'autre le soir.

Le 29 janvier, à la visite, on nous dit qu'à trois heures du matin le malade a eu spontanément une selle purement liquide, jaune sale, pas très fétide, sans grumeaux, ni morceaux solides. Il a encore vomi. Les douleurs abdominales sont un peu moins intenses, mais encore vives ; elles ne sont pas localisées et occupent tout le ventre. Tympanisme persistant, mais non augmenté. Température et pouls toujours les mêmes : 37-2 86.

Le soir, 36-6, pouls 80. Le malade se trouve assez bien,

sauf les douleurs abdominales persistantes, un peu moins fortes cependant. On continue la morphine et la glace.

Dans la nuit, émission de quelques gaz. N'a plus eu de vomissement ni de nausées ; mais pas de selle. Température le 30 au matin, 36 5. Pouls 80. Les douleurs sont moins intenses et plus espacées ; il est parfois une heure sans douleur. Le ballonnement existe encore, mais moindre. Le malade demande à manger : un potage, un œuf à la coque. Le soir, température 37 ; morphine, glace.

Le 31 au matin, température, 37. Pouls, 76. Le malade prend 25 grammes d'huile de ricin. Dans l'après-midi la débâcle commence et de trois à huit heures du soir, il a sept selles ; d'abord de matières dures et dont l'évacuation est fort pénible, puis de grumeaux délayés. Emission de beaucoup de gaz en même temps.

Le 1er février le malade se déclare très bien. Les douleurs ont cessé, sauf quelques coliques très légères et très espacées. Plus de vomissements ni de nausées. Ventre souple et plat. Température et pouls toujours normaux.

Sort le 4 février (1).

Quelques faits capitaux caractérisent la symptomatologie de cette observation : Début brusque ; douleurs excessives ; occlusion incomplète et subaiguë ; athermie et pouls normal.

J'ai tout d'abord songé à l'appendicite ; on y songe toujours maintenant. Le point classique existait et l'appendicite affecte volontiers la physionomie de l'occlusion. Mais de l'appendicite avec 37° et pouls à 80......

Invagination ? L'occlusion y est souvent incomplète ; mais l'invagination s'observe surtout chez les jeunes sujets ; de plus le signe capital des selles muco-sanguinolentes manquait.

Volvulus, torsion en masse ou torsion partielle ; coudure, par rétraction du ligament phréno-colique gauche par exemple ; étranglement par très petites brides en ficelles sillonnant et barrant la fin du côlon transverse (Quénu, Walther) ou bien par hernies internes, rétro-duodénale, intersigmoïde, etc. ? Dans ces variétés, l'occlusion est généralement complète et à marche aiguë, intense.

Les antécédents écartaient l'hypothèse d'une compression large par une tumeur intra-abdominale, ou d'une obstruction lente par néoplasme de l'intestin ; ou encore d'un étranglement par vieilles lésions de péritonite tuberculeuse à forme plastique.

La marche des accidents, l'athermie, les stigmates d'hystérie constatés chez le sujet, m'induisaient à soupçonner qu'il n'y avait pas là d'obstacle mécanique, mais des troubles névropathiques de la musculature intestinale ; une sorte d'occlusion hystérique.

La pathogénie de ces symptômes d'occlusion liés à un trouble de fonctionnement des muscles de l'intestin peut reconnaître deux modes différents et même opposés.

Le premier mode est la paralysie des fibres musculaires. L'intestin se laisse souffler à l'excès par les gaz ; et les replis de la masse intestinale distendue, cherchant de la place pour leur énorme augmentation de volume, glissent les uns sur les autres, se ployant et se tordant en sens divers. Les coudes brusques, les plicatures angulaires qui se forment ainsi peuvent diviser le tube digestif en un grand nombre de segments cessant d'être en communication les uns avec les autres, de façon à ce que les gaz ou les liquides restent emprisonnés dans l'anse qui les renferme sans pouvoir passer dans l'anse voisine. Si, sur un cadavre présentant cette hypertension, vous piquez une anse gonflée avec un trocart moyen, l'anse piquée se vide, mais se vide seule. Les voisines ne subissent de cette évacuation d'autre effet que de s'épanouir à la place de l'anse vidée, la communication de l'une à l'autre étant interrompue au niveau de la plicature de chacune d'elles. C'est cette pathogénie qui est invoquable dans toutes les péritonites aiguës, l'invasion rapide de la phlegmasie séreuse ayant pour résultat immédiat la sidération des fibres lisses sous-jacentes ; et aussi dans les pseudo-étranglements des vieillards dont l'intestin subit des altérations séniles bien décrites par Thibierge : chez eux la musculature de l'intestin s'atrophie, en même temps que s'atrophient également les glandes de la muqueuse qui ne sécrètent presque plus ; si bien que l'intestin devient un tube mince, inerte et sec, très exposé à la distension. Et la paralysie se combine alors avec l'obstruction fécale, ces deux facteurs réagissant l'un sur l'autre par une sorte de cercle vicieux.

Dans notre cas le tympanisme modéré, à l'inverse du ballonnement énorme qui accompagne la paralysie, nous portait à croire à un autre processus, moins fréquent, mais qui n'est peut-être pas aussi rare qu'on le croit.

Pourquoi l'intestin, tube creux musculaire, ne se contracturerait-il pas tétaniquement comme les autres organes analogues ? Il y a de l'*œsophagisme*, du *vaginisme* ; pourquoi n'y aurait-il point de l'*entérisme*, ou, comme on l'a encore appelé, de l'*entéro-spasme* ? Guinard a naguère nié ces pseudo-étranglements spasmodiques : « c'est de la physiologie ; ce n'est pas de la clinique », écrit-il dédaigneusement (1). Pourtant Heidenhain (de Worms) a constaté, au cours de trois opérations, de l'entéro-spasme compliquant un volvulus, un étranglement interne, une obstruction par des ascarides. Dans un autre cas il existait une contraction spasmodique ou tonique d'un segment limité de l'intestin. Israel et Korte ont observé des faits analogues. Ce dernier, dans un cas d'occlusion intestinale, trouva un calcul biliaire manifestement trop petit pour oblitérer à lui seul l'intestin, mais la paroi était spasmodiquement contractée sur lui. Il est probable qu'il faut faire rentrer aussi dans le cadre de ces occlusions intestinales d'origine fonctionnelle les iléus observés à la

(1) J'ai revu le malade six mois après. Il va bien, grâce à un régime préventif de la constipation.

(1) Traité de chir. Le Dentu-Delbet, t. VII, p. 523.

suite d'une torsion d'un pédicule de tumeur ovarique ou d'une ectopie testiculaire (1).

J'ai moi-même constaté un fois *de visu* un entéro-spasme chez une malade chez qui je pratiquai une laparotomie pour des vomissements incoercibles qui étaient de nature hystérique (2). En déroulant l'intestin grêle sur les doigts sans l'éviscérer, afin de m'assurer qu'il n'y avait pas d'obstacle en quelque endroit, un curieux phénomène se produisit sous mes yeux : De temps en temps, sur la portion d'intestin dévidée entre les doigts, apparaissait une forte contraction des fibres circulaires qui donnait au tube intestinal l'aspect et le contact d'un cylindre de consistance ferme ayant la grosseur d'un doigt d'enfant. Cela durait un instant puis cette contraction cessait et l'intestin reprenait ses dimensions normales, peu à peu, à la façon d'une onde, d'un mouvement vermiculaire qui se propage. Quelques décimètres plus loin le phénomène se reproduisait.

N'est il pas rationnel d'interpréter le fait que nous étudions aujourd'hui comme ceci : chez un hystérique constipé, l'intestin se convulse sur un bol fécal dur, (comme le canal cholédoque ou l'uretère sur un calcul), spasme douloureux quand l'entérisme se produit sur le gros intestin dont la contracture est beaucoup plus douloureuse que celle du grêle. (Le mot *colique* vient de *côlon.*) Derrière l'obstacle ballonnement, mais pas excessif. Arrive un relâchement momentané sous l'action de la morphine et de la glace; les liquides accumulés au-dessus du point contracturé, surtout s'il y a eu hypersécrétion de liquides intestinaux de par les drastiques administrés, ces liquides passent, avec des gaz, entre le bol fécal et la paroi et s'éliminent au dehors. Puis désagrégation et évacuation du bol sous l'influence d'un purgatif doux. Et tout rentre dans l'ordre (3).

Tout rentre dans l'ordre.... momentanément. Mais ces crises de tétanisme intestinal ne peuvent-elles occasionner des lésions durables, dont l'évolution sera susceptible d'amener plus tard des strictures matérielles ? Je m'explique :

Glénard a décrit, Thiriar et Chaput ont constaté, au cours de laparotomies, des atrésies du côlon descendant et de l'anse sigmoïde; l'S iliaque étant réduite sur une longueur de plusieurs centimètres au volume du petit doigt et au calibre d'un crayon. Cette sténose, non cancéreuse, est due à un travail de densification rétractile des parois qui, en se sclérosant et en revenant sur elles-mêmes, effacent graduellement la lumière du conduit. Elle peut reconnaître comme cause, ainsi que l'admettait Potain, la colite interstitielle muco-membraneuse, qui, évoluant pendant de longues années, épaissit, durcit, rétracte les tuniques du côlon. Mais il est des formes de cette sténose, en particulier un rétrécissement annulaire, dont la pathogénie ne peut être rapportée à la sclérose intestinale diffuse. J'en ai naguère observé un cas type que je résume :

Femme de cinquante-cinq ans, ayant fréquemment des crises de constipation opiniâtre, avec ballonnement et douleurs, que ne soulageaient en rien les purgatifs énergiques, mais qui cédaient à des laxatifs doux administrés après deux jours de repos au lit et un peu d'opium. Un jour crise beaucoup plus grave; véritable occlusion avec symptômes menaçants. Opération refusée quatre jours durant et faite enfin *in extremis*.

A l'union du côlon descendant avec l'S iliaque, rétrécissement annulaire au-dessus duquel l'intestin est distendu; et au dessous, flasque. Le rétrécissement est annulaire, très étroit. Que l'on imagine le côlon serré aussi fort que possible par une ficelle, et que l'on suppose que, cette ficelle une fois enlevée, les parties gardent la forme que la striction leur a donnée, l'on aura l'idée de la disposition anatomique en sablier que j'avais sous les yeux. Aucune apparence d'induration, d'épaississement des parois intestinales ni au niveau du rétrécissement ni dans le voisinage. L'anneau stricturant lui même, qui n'a pas plus de 2 ou 3 millimètres de hauteur, paraît constitué non par l'épaisseur totale des tuniques du côlon, mais par une lame fibreuse, comme aponévrotique.

Ayant fendu l'anse intestinale fixée au dehors, je pus me rendre compte par le dedans, et du diamètre du rétrécissement qui ne dépassait guère le volume d'un curedents, et de l'aspect de l'anneau qui semblait constitué par du tissu cicatriciel, humide, sans aspect de muqueuse, sans fongosités végétantes ni ulcérations.

Le malade ayant succombé, l'autopsie nous fut formellement interdite par la famille ; mais, malgré l'absence d'examen microscopique, j'estime que l'on peut tenir pour certaine la nature non cancéreuse de la lésion. La date très ancienne à laquelle remontaient les crises d'obstruction, l'aspect macrographique de l'anneau stricturant examiné par le dedans de l'intestin aussi bien que par le dehors ; tout démontre que la sténose n'était pas due à un néoplasme. Le rétrécissement était d'aspect absolument cicatriciel.

Qu'est-ce qui a pu produire là une cicatrice inodulaire reliquat d'une ulcération circulaire ? N'est on pas naturellement ramené à l'idée de l'entéro-spasme compliquant la coprostase ? Normalement les matières fécales sont encore molles et pâteuses dans le côlon et ne se montrent à l'état solide que dans le rectum. Cependant, chez les gens habituellement constipés, le durcissement se fait plus haut. Des calculs intestinaux peuvent se rencontrer dans le côlon, dans le cœcum (typhlolithiase) ; et, sans même qu'il existe de calculs, on observe dans le gros intestin des sujets sédentaires des agglomérats constitués par des pelotons stercoraux irréguliers et durs. Que sur un de ces agglomérats, le côlon descendant d'un sujet névropathe, hyperstimulé par une influence convulsivante (purgatif drastique), se contracte énergiquement pendant vingt-quatre heures, voilà un sphacèle annulaire possible de la muqueuse comprimée. Plus tard l'amas stercoral se

(1) 26e Congrès allemand de chirurgie. *Revue de chirurgie*, 1898, p. 162.

(2) *Echo médical du Nord*, 10 décembre 1899.

(3) M. le professeur Debove, dans une clinique toute récente, attribue un processus presque identique à une crise d'occlusion intestinale dont il a été témoin. (Voir *Presse médicale* du 26 novembre 1902.)

désagrège et s'élimine ; l'escharre tombe ; la plaie intestinale se cicatrise ; la cicatrice se rétracte lentement et le rétrécissement inodulaire se constitue peu à peu ; cause future d'occlusion grave et même mortelle.

Toute cette évolution de l'entéro-spasme, qu'elle soit une convulsion passagère ne laissant aucune trace après elle, ou qu'elle entraîne une nécrose partielle des parois intestinales génératrice d'atrésies ultérieures ; cette évolution s'effectue sans hyperthermie. C'est là un facteur capital du diagnostic, lequel d'ailleurs ne se fait pas sur des signes absolument précis et pathognomoniques, mais par l'interprétation sagace de l'ensemble des symptômes et par l'élimination des autres hypothèses possibles.

Au point de vue du traitement, tant que la gravité des accidents ne vous force pas à intervenir opératoirement, tant que vous vous en tenez encore au traitement médical, souvenez-vous, messieurs, que les purgatifs violents, augmentant le spasme, font beaucoup plus de mal que de bien. Commencez par calmer les phénomènes convulsifs et douloureux par les applications locales de glace, l'opium à l'intérieur ou les injections de morphine, si les vomissements vous empêchent d'administrer l'opium qui est peut-être préférable à la morphine parce qu'il est plus sédatif du staltisme intestinal. Ensuite, administration de laxatifs doux, tels que l'huile de ricin à petites doses répétées. Que la stricture intestinale soit passagère et due à un anneau musculaire convulsé, ou permanente et due à un rétrécissement cicatriciel, le calme musculaire de l'intestin, joint à la liquidité ou à la mollesse des selles, permettra le passage très lent de matières malléables ou de fragments désagrégés à travers le petit orifice. Au contraire tout ce qui provoque de fortes contractions intestinales, les purgatifs drastiques par exemple, amène ou augmente l'obstruction. Les amas stercoraux étant bousculés et tassés par les convulsions intestinales contre un défilé étroit, rien ne peut franchir le rétrécissement. Permettez-moi une comparaison qui vous semblera saugrenue mais qui au fond est juste : il se passe là ce qui se passe aux portes d'un théâtre incendié, lequel normalement se vide en cinq minutes, mais d'où personne ne peut sortir quand la foule, prise de panique, s'écrase à toutes les issues.

Indications et résultats de la néphrectomie

Par **V. Carlier**, professeur à la Faculté de médecine de Lille (1).

Des douze néphrectomies que j'ai eu l'occasion de pratiquer, neuf ont trait à la tuberculose ; les trois autres concernent deux hydronéphroses et une pyonéphrose. Si je n'apporte pas de statistique d'opérations pour tumeurs malignes du rein, c'est que, jusqu'en 1899, mes lectures et les faits que j'avais personnellement observés, m'avaient laissé cette conviction que les malades atteints de tumeurs du rein ne retiraient aucun bénéfice de l'intervention chirurgicale. D'ailleurs, cette opinion eut cours pendant quelques temps à l'hôpital Necker où je l'avais, à diverses reprises, entendu émettre par mon vénéré maître, le professeur Guyon. Depuis lors, les publications d'Israel, de Berlin, et l'apparition de la remarquable thèse de M. Heresco ont modifié mon jugement, du moins en ce qui concerne le cancer du rein observé *à son début*. Mais comme, depuis trois ans, je n'ai observé que deux cancers du rein, tous les deux inopérables, je n'ai pas d'opinion personnelle à émettre sur cette importante question.

J'aurai surtout en vue, dans cette communication, ce qui a trait à la tuberculose du rein.

Ce sont les cas de tuberculose primitive du rein qui m'ont fourni les plus beaux résultats immédiats et consécutifs. Cela tient à ce que la vessie, le plus souvent alors tolérante, accepte presque toujours tous les modes d'investigations qui nous renseignent sur la valeur du rein opposé. La cystoscopie, le cathétérisme de l'uretère, la division des urines sont la plupart du temps applicables dans ces cas, ce qui permet de formuler une appréciation très précise du fonctionnement du rein supposé sain.

Les cas de tuberculose rénale ascendante sont moins favorables. Ici la vessie, malade depuis longtemps, se refuse à tout examen cystoscopique. On ne dispose plus alors, comme moyen d'enquête, que de l'analyse chimique des urines et surtout de l'épreuve du bleu de méthylène. J'accorde à cette dernière toute l'importance qu'elle mérite, elle peut cependant induire en erreur, et je lui attribue le seul décès opératoire que j'ai eu sur les douze néphrectomies que j'ai pratiquées.

Il s'agissait dans ce cas d'un homme de trente-deux ans, atteint d'une pyélo-néphrite tuberculeuse du rein droit.

L'épreuve du bleu avait donné un résultat qui semblait favorable : le bleu était vite apparu dans les urines avec son maximum d'intensité deux heures après l'injection, mais son élimination s'était faite très rapidement en l'espace de dix-huit heures. Cet homme mourut d'anurie au troisième jour de l'opération. A l'autopsie, je trouvai un rein gauche atteint de grosses lésions de dégénérescence amyloïde. Ce fait prouve

(1) Communication à l'*Association française d'Urologie* (Résumée).

que, si l'apparition du bleu dans les urines, dans les délais voulus, a son importance, la *trop grande rapidité* de son élimination a aussi son intérêt.

L'analyse chimique des urines est intéressante en ce qui concerne l'urée et les chlorures. Le chirurgien aime à constater dans les urines d'un malade qu'il se propose de néphrectomiser une quantité d'urée qui ne soit pas trop au-dessous de la normale. En consultant mes observations personnelles et celles d'autres auteurs, je me crois cependant autorisé à ne pas attacher une trop grande importance à la diminution du taux quotidien de l'urée, à moins qu'il n'atteigne pas 8 ou 10 grammes par vingt-quatre heures. Souvent, en effet, cette faible proportion d'urée est sous la dépendance d'un réflexe réno-rénal d'autant mieux accusé que le rein en cause est plus sérieusement atteint. Cette hypoazoturie cesse avec l'extirpation du rein malade, et chez deux de mes opérés, la proportion d'urée a doublé dans les trois mois qui ont suivi l'opération.

En ce qui concerne les chlorures, je me méfie des malades dont les urines ne renferment que des doses minimes de chlorures. D'autre part, un fait récent me fait penser qu'on doit également se montrer très réservé dans son pronostic chez les tuberculeux rénaux qui ont des urines hyperchloruriques. J'ai opéré, en novembre 1901, un jeune homme de 18 ans, qui éliminait par vingt-quatre heures trois litres d'urine, avec une proportion quotidienne de 27 grammes d'urée et 22 gr. 80 de chlorures. Ce malade a guéri de sa néphrectomie, mais il est mort dans les trois mois suivants de généralisation de sa tuberculose.

Sur ces neuf néphrectomies pour tuberculose rénale, une seule a été faite secondairement à une néphrotomie. Les difficultés opératoires que j'ai rencontrées dans ce cas, mises en regard de la facilité habituelle de la néphrectomie d'emblée, constituent pour moi un argument sérieux pour ne recourir qu'exceptionnellement à la néphrectomie secondaire dans la tuberculose rénale, lorsqu'on a des raisons suffisantes de croire à l'intégrité ou la quasi-intégrité du rein opposé. Je dis quasi-intégrité, car il est des cas où un malade peut bénéficier d'une néphrectomie, alors même que le rein qu'on doit laisser n'est pas tout à fait sain. J'ai tout récemment enlevé le rein gauche à une petite fille âgée de cinq ans, et qui dépérissait à vue d'œil. Tourmentée par des envies incessantes d'uriner, minée par la fièvre, ne mangeant plus, cette enfant était dans un état lamentable. En raison de l'état de la vessie qui interdisait l'examen cystoscopique et toute tentative de division des urines, je ne pus m'en rapporter qu'à l'épreuve du bleu de méthylène. Celle-ci me donna d'ailleurs des résultats satisfaisants et de nature à faire croire à un fonctionnement suffisant du rein droit. Or, l'ablation du rein malade a modifié profondément l'état général de cette fillette, et cependant ses urines contiennent en ce moment un peu de sang, ce qui permet de supposer que les lésions, dans ce cas, étaient bilatérales. Mais, il est à présumer que les lésions du rein que j'ai laissé sont minimes et seront probablement curables par un traitement que l'enfant n'aurait pu suivre avant sa néphrectomie.

Résultats de la néphrectomie. — Les résultats les meilleurs sont fournis par les cas de tuberculose d'origine sanguine. La modification de l'état général est parfois remarquable. Une de mes opérées, grande fille de 20 ans, a engraissé de six kilos en cinq semaines.

Deux ordres de faits me paraissent démontrer qu'après la néphrectomie le rein sain reprend son fonctionnement intégral, par suppression du réflexe réno-rénal. J'ai dit plus haut que les urines sont souvent beaucoup plus riches en urée après qu'avant l'opération. D'autre part, l'organisme supporte certaines médications qu'il ne tolérait pas avant la néphreetomie, Témoin ce malade, âgé de 30 ans, qui contracta la syphilis au cours d'une tuberculose ulcéro-caséeuse du rein droit. Tout essai de médication mercurielle sous forme quelconque fut mal supporté et s'accompagna de stomatite jusqu'au jour où je néphrectomisai ce malade. Trois semaines après l'opération, cet homme était soumis à nouveau au traitement mercuriel, qui fut dès lors très bien toléré.

J'ai opéré, en juillet 1902, une malade dont les accidents rénaux remontaient à une époque déjà éloignée.

Les suites opératoires de la néphrectomie furent très simples, mais au cours de sa convalescence, cette malade fut contagionnée par une de ses parentes venue d'une localité où régnait la scarlatine et contracta cette maladie dont nous connaissons tous la néfaste influence sur les glandes rénales. Or, ma malade supporta très bien sa scarlatine, elle desquama sérieusement, et cependant c'est à peine si, vers la

troisième semaine, les urines renfermèrent de l'albumine.

Ces quelques considérations n'ont nullement pour but de démontrer l'utilité de la néphrectomie dans la tuberculose rénale, car c'est là aujourd'hui un fait acquis, mais elles me font partager l'opinion émise par Tuffier, Pousson et Albarran, que le traitement chirurgical de la tuberculose du rein doit être plutôt hâtif, et qu'il est inutile, par une expectation trop longtemps prolongée, de laisser s'aggraver des lésions dont la guérison, sinon impossible, est tout au moins exceptionnelle, et qui gênent, par leur présence, le bon fonctionnement de l'autre rein.

Consultations Médico-Chirurgicales

Bronchites aiguës de l'enfance

Professeur E. Ausset.

INFORMATIONS CLINIQUES.— 1° Un enfant atteint depuis quelques jours, d'un rhume vulgaire, de coryza avec un peu de trachéo-bronchite, présente un matin une respiration plus fréquente, dyspnéique même, s'il est très jeune et si les mucosités sont abondantes dans ses bronches. La toux est profonde, fréquente, grasse : la fièvre, oscillant aux environs de 38°. La sonorité thoracique est normale. A l'auscultation on entend des râles ronflants et sibilants qui disparaissent ou s'atténuent quand une quinte de toux a vidé l'arbre bronchique. Cet enfant est atteint de *bronchite superficielle* limitée aux grosses bronches intra-pulmonaires.

2° Voici un autre enfant dont la température atteint et dépasse 39°. La toux est très pénible, violente, se reproduisant fréquemment par des quintes, brassant des mucosités qui ont de la peine à se mobiliser. Ce malade est dysnéique, tousse au moindre mouvement, et à distance on entend des rhonchus, que la main sent vibrer sur le thorax. A l'auscultation, outre les râles ronflants et sibilants, on entend des râles à grosses bulles humides, que la toux mobilise mais qui n'éclatent pas en bouffée. Cet enfant est atteint de *bronchite diffuse profonde*, bronchite des bronches interlobulaires, forme toujours grave qui peut, d'un instant à l'autre, se capillariser et tourner à la broncho-pneumonie.

3° Ce même enfant, dont la bronchite suivait un cours normal et régulier, est pris brusquement d'une dyspnée intense ; la température monte et dépasse même 40°. D'un ou des deux côtés, on constate une submatité très nette avec des râles crépitants sur un espace de quelques centimètres carrés ; la respiration est devenue soufflante. On prononce le mot de broncho-pneumonie, lorsque le lendemain ou deux jours après on ne trouve plus rien que la bronchite antérieure. C'est la forme congestive de la bronchite aiguë, la *bronchite aiguë avec congestion* de Cadet de Gassicourt.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES.— Très fréquentes chez les enfants, les bronchites aiguës, tout en étant influencées par les saisons et les conditions climatériques, sont dues à des micro-organismes divers, infectant l'arbre bronchique, soit à l'occasion d'une maladie quelconque (rougeole, coqueluche, grippe, etc.), soit par infection descendante depuis les premières voies respiratoires ; tels, un coryza, une laryngite qui peuvent se compliquer de bronchite.

α) Le plus souvent, ce sont les microbes habituels de la bouche et du nez qui causent les bronchites. Aussi, la première indication au cours de toute maladie infectieuse sera-t-elle de désinfecter ces premières voies.

Les bronchites aiguës une fois installées, la même indication subsiste, car il faut empêcher une bronchite superficielle de devenir diffuse, et une bronchite diffuse de tourner à la broncho-pneumonie. La muqueuse bronchique sécrète abondamment ; cette sécrétion est activée par la toux qui congestionne la muqueuse : il faudra donc calmer la toux.

β) Les voies respiratoires, si étroites chez l'enfant, s'encombrent rapidement ; on devra agir sur les sécrétions bronchiques.

L'inflammation bronchique menace de s'étendre au lobule pulmonaire ; il y a indication à s'opposer à cette extension par la dérivation et la révulsion.

Plus l'enfant est jeune, plus son état général est atteint par une bronchite même légère ; il faudra donc soutenir les forces, veiller au bon fonctionnement des vois digestives.

TRAITEMENT. — De par la pathogénie et la clinique, la bronchite aiguë de l'enfance appelle un traitement curatif et une hygiène prophylactique.

TRAITEMENT CURATIF. — C'est durant toutes les maladies, ou bien lors de la survenue de tel ou tel symptôme les dévoilant, que les indications suivantes doivent être remplies.

1° *Désinfection des premières voies.* — Qu'il s'agisse de la forme superficielle ou de la bronchite diffuse profonde, on fera l'antisepsie de la bouche et du nez. Dans ce but, l'**instillation mentholée** sera préférée ; matin et soir, on versera dans chaque narine une cuillerée à café de la solution suivante :

Huile de vaseline stérilisée....	100 grammes
Menthol	1 gramme

Chez les enfants déjà grands et suffisamment dociles, on fera également deux lois par jour une large **irrigation de la bouche** avec de l'eau boriquée à 4 °/₀. Chez les plus petits on se contentera de la **pulvérisation** trois ou quatre fois par jour d'eau boriquée, à l'aide d'un pulvérisateur à vapeur, maintenu à 30 centimètres de la bouche de l'enfant pendant cinq minutes.

Cette désinfection aura pour effet d'empêcher le plus souvent les infections secondaires et surtout la capillarisation de la bronchite.

2) *Agir sur la toux et les sécrétions.* — α) S'il s'agit d'une bronchite superficielle il suffira d'administrer un **vomitif** qui, dans ce cas, désobstruera les bronches et apaisera la toux. On prercrira :

Sirop d'ipéca..................	30 grammes
Poudre d'ipéca	0 gr. 30

à prendre par cuillerées à café toutes les dix minutes jusqu'à vomissement; aussitôt que les vomissements ont commencé, donner de l'eau tiède.

On fera suivre ce vomitif, quelques heures après que les vomissements auront cessé, de la potion suivante, qui continuera à faciliter l'expectoration et à calmer la toux :

Oxyde blanc d'antimoine......	0 gr. 30
Sirop de codéine..............	20 grammes
Looch blanc....... Q. s. pour	120 cc.

à prendre par cuillerées à café dans les 24 heures.

β) Dans le cas de bronchite diffuse profonde, le vomitif est encore indiqué si l'enfant n'est pas trop jeune, si l'état général n'est pas trop atteint. Dans cette forme la congestion bronchique, qui précisément entretient les sécrétions et la toux, est très intense. On s'efforcera donc d'agir sur les vaisseaux et on prescrira des vaso-constricteurs sous la forme suivante :

Ergotine.......................	0 gr. 75
Sirop d'ipéca	30 grammes
Looch blanc........ Q. s. pour	120 cc.

à prendre par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures. Respecter le sommeil.

3) *Dérivation et révulsion.* — Lorsqu'on se trouve en présence d'une bronchite légère, superficielle, il nous paraît inutile de faire de la révulsion ; tout au plus pourra-t-on faire quelques **badigeonnages iodés**.

β) Mais, dans la bronchite diffuse profonde, dont la tendance congestive est des plus manifestes, on devra envelopper les membres inférieurs de **bottes ouatées** recouvertes de taffetas gommé : le thorax sera également enveloppé de ouate. On provoquera ainsi une révulsion cutanée énergique et une sudation des plus salutaires. Cette méthode suffit le plus habituellement, et **il n'est pas besoin de recourir aux ventouses sèches, aux cataplasmes sinapisés qui seront réservés pour les cas graves.**

Un moyen des plus efficaces de lutter contre l'élément congestif, c'est la **balnéation chaude**. Quand on a la chance de pouvoir traiter suffisamment à temps par ces bains une bronchite diffuse, on ne la voit jamais se capillariser. **La balnéation systématique est le meilleur révulsif, le meilleur dérivatif** à employer. On donnera les bains à 35°-37°, toutes les trois heures, tant que la température sera de 39° ou au-dessus. On laissera l'enfant dix minutes dans ce bain, et pendant ce temps on lui fera boire du lait chaud, ou un peu de cognac et d'eau.

4) *Soutenir les forces, lutter contre l'infection générale.* — Pour désintoxiquer l'enfant, pour chasser au dehors tous les poisons. on lui fera **boire abondamment** du lait, des tisanes chaudes, du champagne coupé avec de l'eau.

α) Chez les enfants très jeunes, l'encombrement bronchique, vu l'étroitesse de l'arbre aérien, amène très rapidement de la fatigue du cœur. On devra surveiller attentivement cet organe. On administrera les excitants diffusibles, tels que l'**acétate d'ammoniaque**. L alcool à faible dose, les bains chauds, les médicaments vasoconstricteurs dont nous avons parlé plus haut, contbueront pour une large part à tonifier le muscle cardiaque.

β) Chez les nourrissons, sans qu'il y ait broncho-pneumonie et rien que du fait seul de la bronchite profonde, le cœur peut fléchir ; on devra s'adresser, dans ces cas, aux injections d'**huile camphrée** au dixième, un centimètre cube trois fois par jour, aux inhalations d'**oxygène**. On n'oubliera pas que, chez ces bébés, la bronchite diffuse profonde, surtout dans sa forme congestive, peut acquérir toute la gravité de la broncho pneumonie. Il conviendra alors, dans ces cas intenses, d'appliquer la même thérapeutique que s'il s'agissait d'une véritable broncho-pneumonie (1).

Hygiène et prophylaxie. — Tout enfant atteint de bronchite sera maintenu à la chambre, s'il s'agit de bronchite superficielle, au lit, dans le cas de bronchite profonde. La température de la chambre sera de 16 à 18°. **La crainte du refroidissement ne devra pas empêcher le renouvellement de l'air de la pièce.**

Plus l'enfant sera jeune, plus on devra se méfier de la moindre infection des voies respiratoires. Une simple trachéite chez un nourrisson sera minutieusement soignée à cause de la facilité de l'infection descendante.

On n'oubliera pas que toute bronchite est, en somme, une infection, même dans les cas où on serait tenté de l'appeler essentielle, a frigore ; et, comme telle, elle est contagieuse. On voit souvent des épidémies de maisons. Il faudra donc **isoler** tout enfant atteint de bronchite.

(1) Voir *consultations médico-chirurgicales*, publiées sous la direction de M. le professeur COMBEMALE. 1re série, page 194.)

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 28 novembre 1902

Présidence de M. Dutilleul, président

Paralysie récurrentielle mortelle chez un enfant atteint de dilatation des bronches et d'adénopathie trachéo-bronchique. — Hypertrophie du thymus.

M. **Brassart** présente, au nom de M. **Ingelrans** et au sien, des pièces anatomiques provenant d'un petit malade décédé dans le service de M. le professeur Combemale. C'était un enfant de quinze ans, chétif et pâle, qui n'était guère plus développé qu'un enfant de dix ans. Dans ses antécédents héréditaires, on ne relevait rien de particulier. Dans ses antécédents personnels, on relevait une rougeole dans l'enfance et un écoulement nasal muco-purulent, qui était survenu ces dernières années et contre lequel un spécialiste avait dirigé un traitement antisyphilitique.

A l'examen, le petit malade présentait des troubles considérables de la respiration ; il existait un tirage sus-sternal et épigastrique excessivement prononcé et un cornage trachéo-laryngé, qui s'entendait à distance et attirait l'attention. La voix était très voilée ; il y avait presque de l'aphonie complète. Un troisième symptôme complétait le tableau clinique, c'était une faiblesse assez marquée du pouls radial gauche, qui d'ailleurs était en retard sur le pouls radial droit. M. le professeur Gaudier, qui examina l'enfant au point de vue laryngé, diagnostiqua une paralysie double des cordes vocales. En possession de ce renseignement et des symptômes cliniques présentés par le petit malade, on fit le diagnostic de paralysie récurrentielle provoquée par une tumeur du médiastin (probablement de l'adénopathie trachéo-bronchique).

L'enfant, qui présentait des accès fréquents de suffocation, eut à un moment donné un accès plus terrible que les précédents, qui l'emporta malgré une trachéotomie faite par l'interne de garde, M. Loubry. L'autopsie montra une hypertrophie considérable des ganglions médiastinaux. Tous ces ganglions étaient hypertrophiés, mais le groupe trachéo-bronchique gauche était surtout volumineux. En même temps que cette hypertrophie ganglionnaire, il existait une dilatation bronchique très marquée surtout au poumon gauche. On notait enfin une hypertrophie considérable du thymus qui avait dû ajouter son action à celle de l'adénopathie trachéo-bronchique pour comprimer les récurrents et amener la mort par spasme de la glotte. M. Brassart fait remarquer en terminant que la paralysie récurrentielle double est assez rare, puisque Avellis sur 150 cas a noté 92 fois la paralysie du récurrent gauche, 46 fois la paralysie du récurrent droit et 12 fois seulement la paralysie des deux récurrents.

M. **Ingelrans** insiste sur l'excessif développement du thymus chez cet enfant, et sans nier le moins du monde l'influence des ganglions sur les récurrents, il rappelle que Svehla et Escherich se demandent si le spasme de la glotte ne dépendrait pas d'un hyperfonctionnement du thymus.

M. **Ausset** trouve la communication de MM. Ingelrans et Brassart des plus intéressantes à deux points de vue : la pathogénie de cette dilatation bronchique, et la pathogénie de la mort dans de ce cas.

Si, chez l'adulte, la dilatation des bronches est le plus habituellement la suite de la bronchite chronique, chez l'enfant, cette bronchite chronique peut faire défaut, l'adénopathie est primitive et la dilatation est la suite de la compression L'adénopathie bronchique, si commune chez l'enfant, a été peu signalée comme cause de dilatation des bronches, et nous n'avons sur ce point que la thèse de Delacourt et celle de Vanheeger, inspirée par M. Ausset.

M. Ausset ne veut pas dire que cette adénopathie soit la cause unique de la dilatation, mais il insiste pour qu'on accorde une part importante à ce mode pathogénique. Les ganglions bronchiques hypertrophiés jouent un rôle analogue à celui joué par les corps étrangers des bronches ; seulement ici c'est la compression extérieure qui remplace l'obstruction intérieure. Le volume des ganglions bronchiques hypertrophiés est souvent considérable et la compression bronchique assez facile à réaliser. A quoi du reste attribuer la dilatation dans le cas relevé par M. Brassart ? on ne peut invoquer la sclérose pulmonaire environnante, il ne semble pas y en avoir trace. Il n'y avait pas non plus d'adhérences pleurales. En outre, cet enfant n'avait pas de bronchite, jamais il ne crachait, jamais on n'entendait un seul râle, et à l'autopsie on a trouvé les bronches absolument vides. Ce n'est donc pas la bronchite chronique (qui n'existait pas), que l'on doit incriminer ici, et la théorie du bouchon muqueux n'a pas ici sa place. En revanche, il paraît évident que c'est la masse ganglionnaire qui a comprimé l'arbre bronchique, amené une obstruction, un rétrécissement de ce conduit. Pendant les accès de toux que présentait l'enfant, l'air sortait difficilement, et de ce fait, le tissu bronchique subissait une distension énorme. Cette distension répétée et prolongée a produit l'ectasie chronique.

M. **Surmont** ne s'explique pas comment la dilatation des bronches peut être créée par l'adénopathie trachéo-bronchique. La bronchectasie est une affection d'origine inflammatoire, qu'une compression est absolument incapable de réaliser.

M. **Ausset**. — M. Surmont a le tort de vouloir assimiler ce qui se passe chez certains enfants à ce que l'on voit habituellement chez l'adulte. Chez ces enfants, comme dans le cas de MM. Brassart et Ingelrans, il n'y a pas d'inflammation de la muqueuse bronchique, pas la moin-

dre trace de brônchite, ce n'est donc pas cette inflammation absente qui a pu causer la bronchectasie.

M. **Surmont** ne nie pas qu'il puisse y avoir un rapport entre une adénopathie et la bronchectasie. Mais c'est que le processus inflammatoire de l'adénite se propage à la bronche par voisinage : cette bronche, ainsi atteinte de catarrhe chronique, se laissera ensuite dilater, mais seulement au point où l'inflammation a agi.

M. **Ausset.** — L'hypothèse de M. SURMONT est très séduisante ; mais le malheur pour elle c'est qu'il n'y a pas le moindre catarrhe dans toutes ces bronches qu'on vient de nous présenter. Dans les cas analogues qui ont fait l'objet de la thèse de VANHEKGER, on trouvait en revanche des lésions de distension purement mécanique.

M. **Surmont** dit qu'il ne parle pas de catarrhe chronique généralisé, mais de catarrhe circonscrit au point où l'adénite l'a créé. La bronchectasie est toujours d'origine inflammatoire, ce point est incontestable. Les enfants porteurs d'une dilatation bronchique ont forcément de la bronchite chronique localisée aux régions ectasiées. L'effort d'expiration peut être une cause adjuvante, mais la bronchite est, à coup sûr, prépondérante, c'est universellement admis et indiscuté.

M. **Ausset** insiste sur ce point que M. SURMONT veut, à tort d'après lui, assimiler ce qui se passe chez l'adulte à ces cas particuliers d'ectasie bronchique infantile. Il ne veut pas dire que la bronchite chronique ne puisse pas être souvent à l'origine de la dilatation, il en a assez vu d'exemples ; mais il affirme qu'il est des cas où cette bronchite fait défaut et où l'on ne trouve que l'obstacle mécanique pour expliquer la dilatation. Tel le cas de l'enfant dont M. BRASSART vient de rapporter l'observation.

M. **Combemale** fait remarquer que, dans le présent cas, il ne s'agit pas de bronchectasie vraie. C'est de la dilatation cylindrique, relevant d'obstacles multiples, siégeant tant sur la grosse bronche qu'au larynx. Cela explique d'ailleurs l'emphysème pulmonaire concomitant.

M. **Ausset** attire également l'attention sur la façon dont succombent certains enfants atteints d'adénopathie bronchique. Il rappelle la thèse de son élève SAGOT sur la mort subite dans cette affection. Après avoir discuté les divers processus pathogéniques par lesquels la mort subite ou rapide peut survenir dans ces cas, il pense qu'ici la mort a dû survenir par spasme glottique consécutif à la lésion des récurrents.

M. **Charmeil** invoque la paralysie des muscles de REISSESSEN.

M. **Ausset** dit que s'il y avait eu bronchoplégie, on aurait trouvé de la congestion pulmonaire.

M. **Charmeil** pense que cette congestion pouvait faire défaut.

Chylurie simulée chez une petite fille

M. **Surmont** montre d'autres urines émises par la malade dont il a parlé dans la dernière séance. L'une semble contenir de la graisse ; l'autre est absolument rouge.

L'enfant a avoué la supercherie : elle dérobait de la viande et de la graisse pour s'en servir comme on l'a vu.

M. **Ern. Gérard** a constaté dans la première urine la présence de lait (lactose et caséine). L'urine rouge contient des hématies : elle se coagule facilement car elle renferme aussi de la myosine.

Tumeur de la langue

MM. **Gaudier et de Chabert.** — Il s'agit d'une fillette de 14 ans, Pauline H..., entrée dans le service de chirurgie infantile de l'hôpital Saint-Sauveur, le 24 novembre 1902. L'enfant, d'apparence peu vigoureuse, a eu anciennement de la kératite, dont il reste encore des traces, et sa mère a fait deux pertes dans les premières années de son mariage : Les dents sont irrégulièrement implantées, et leur bord libre échancré en V.

La langue de l'enfant présente à sa face dorsale une double tuméfaction partagée en deux, par un sillon curviligne, atteignant presque un centimètre de profondeur. La partie gauche est moins volumineuse que la droite, et la tumeur ne dépasse pas en arrière la moitié de l'organe.

La surface est complètement irrégulière, d'un rouge foncé, formée d'élevures bourgeonnantes serrées les unes contre les autres, et par places de petites vésicules perlées ou flétries.

Même constatation à la face inférieure de la langue où l'on retrouve le sillon déjà décrit. Il est à noter que ce sillon ne présente ni fissures, ni rhagades.

La tumeur comprimée de haut en bas reste ferme et résistante. Au contraire, comprimée latéralement, elle semble totalement disparaître, sauf en un point qui reste dur, sous la forme d'une petite nodosité aplatie à la face inférieure de l'organe en bas et à droite.

L'hyperaccroissement de l'organe est dû surtout à l'exagération du nombre des papilles linguales.

En effet, on peut enfoncer la tête d'une épingle entre deux végétations à une profondeur de presque un centimètre, et la faire cheminer dans le sens transversal à la base des papilles de façon à traverser la tumeur de part en part.

Le début de l'affection remonte à un an et demi environ, époque à laquelle l'enfant s'est aperçu de l'hypertrophie de sa langue. L'accroissement s'est fait d'une manière lente et graduelle, sans provoquer aucune douleur, pour atteindre le volume actuel, à peu près un œuf de pigeon.

De temps en temps, et assez fréquemment cette évolution a été interrompue par des poussées aiguës de glossite

inflammatoire, avec douleur, difficulté de la parole et de la déglutition, congestion de l'organe.

Jamais la tumeur n'a rétrocédé. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire. A part la salivation exagérée, il n'y a aucun symptôme fonctionnel. La parole, la mastication, la déglutition sont très faciles.

M. **Charmeil** montre que cette tumeur est avant tout un papillome. On y rencontre en effet des sillons dans lesquels on peut aisément pénétrer. Garel a vu soixante à quatre-vingts papillomes buccaux, dont cinq à six au niveau de la langue. Ils furent traités par le curettage et la galvano-cautérisation.

Kyste multiloculaire du maxillaire inférieur d'origine paradentaire

M. **Verdun.** — La production pathologique que voici, grosse comme une tête de nouveau-né, occupe la moitié droite du corps du maxillaire inférieur ainsi que les tissus avoisinants. Les incisives, la canine et la première prémolaire occupent leur situation normale comme les deux dernières molaires. La deuxième prémolaire et la première molaire sont absentes et c'est à leur niveau que paraît s'être particulièrement développée la production pathologique; il existait enfin à la partie antérieure, un point d'adhérence avec la peau et un trajet fistuleux s'était développé à ce niveau. Le siège de la tumeur et l'existence de ce conduit fistuleux avaient fait songer à de l'actinomycose. Ce qui semblait confirmer ce diagnostic c'est qu'en incisant certains points de la tumeur et en raclant le tissu on faisait sourdre un liquide épais tenant en suspension des grains jaunâtres ; cependant l'examen microscopique permit de constater que ces grains n'étaient que des amas de granulations graisseuses et qu'il n'y avait pas trace de massues actinomycosiques. Le diagnostic d'actinomycose maxillaire ne pouvait être maintenu.

En ouvrant largement la tumeur dans tous les sens, on tombe sur de grandes poches kystiques, les unes siégeant en plein dans les parties molles, les autres dans le corps même du maxillaire. Celui-ci a pris un aspect boursouflé et les parois osseuses sont très amincies par places.

Le contenu de ces kystes était de nature diverse ; tantôt il était constitué par un liquide visqueux, filant, jaunâtre, ressemblant à de l'huile ; l'analyse a montré qu'il était formé de mucine ; une goutte d'acide acétique y produisait une coagulation en masse. D'autres cavités étaient remplies par un contenu épais, visqueux, noir rougeâtre, de nature hématique, car au microscope on observait de nombreux globules rouges.

L'hypertrophie du maxillaire ne ressemble en rien à celle de l'actinomycose. Il y a boursouflement et destruction de l'os. Dans l'actinomycose il y a de l'ostéite hypertrophiante, s'accompagnant d'un processus de nécrose et aboutissant à la formation d'une masse osseuse d'aspect spongieux.

Le diagnostic d'actinomycose éliminé, il reste l'hypothèse d'une tumeur maligne ou d'une tumeur congénitale. La longue durée (10 ans au moins) même de l'affection permettait d'éliminer d'emblée la première opinion. Restait la seconde, celle d'une origine congénitale. Des fragments de parois kystiques et du tissu d'aspect lardacé et carcinomateux qui occupait la région gingivale ont été prélevés et fixés à l'alcool et au sublimé.

L'examen microscopique de ces diverses parties et particulièrement des morceaux de tissu, met en évidence des formations des plus nettes et des plus intéressantes.

Ce qui frappe d'abord, c'est que l'épithélium de la muqueuse gingivale est sain et que la production pathologique n'a aucun rapport avec lui. Celle-ci s'est développée dans un stroma fibreux abondant. Elle consiste en productions épithéliales se présentant tantôt comme des îlots arrondis, tantôt comme des cordons allongés, diversement contournés et anastomosés entre eux. Ces îlots ou ces cordons présentent toujours une couche périphérique de cellules cylindriques, analogues à la couche basilaire de l'épiderme. Dans certains îlots, l'espace intérieur est comblé par des cellules de nature malpighienne formant un tissu plus ou moins serré. Dans d'autres, on peut voir des cellules étoilées et anastomosées, séparées par des espaces clairs assez réguliers, ces cellules sont identiques aux cellules de l'organe adamantin ou de l'émail.

Ce sont des cellules du type adamantin. On peut encore suivre à l'intérieur de ces cordons ou de ces îlots la formation progressive des kystes. En certains endroits on voit un groupe de quelques cellules subir un gonflement : elles deviennent sphériques, granuleuses, puis subissent une sorte de fonte muqueuse. A leur place il se produit donc une petite cavité microscopique, remplie de mucus, autour de laquelle les cellules voisines, qu'elles appartiennent au type adamantin ou au type malpighien, s'aplatissent et se disposent en couches concentriques.

Les cellules les plus internes, subissent à leur tour les mêmes modifications : elles se gonflent et fondent. Le kyste subit ainsi un accroissement centrifuge et la substance muqueuse finit par remplir tout l'ilot ; il ne reste plus à la périphérie que la couche basilaire doublée intérieurement de quelques cellules aplaties. La croissance du kyste ne s'arrête pas pour cela, car les cellules cylindriques prolifèrent activement ; les cavités kystiques, en s'accroissant détruisent les tissus avoisinants et même le tissu osseux. Elles peuvent acquérir, comme dans le cas actuel, de grandes dimensions. La paroi de ces kystes répond parfaitement à l'évolution décrite. On trouve de dehors en dedans : un stroma conjonctif, une couche de cellules cylindriques manquant quelquefois et de cellules

aplaties ou du type adamantin, dont les plus internes sont gonflés et globuleuses.

La présence de cellules du *type adamantin* dans les ilots épithéliaux est un élément de diagnostic de premier ordre et permet d'affirmer l'origine dentaire de la tumeur. C'est une formation qui a pour point de départ la prolifération et l'hypertrophie des débris épithéliaux paradentaires.

Ces débris évoluent d'abord d'après un processus comparable à celui que l'on observe à l'état physiologique pour la formation des dents.

La tumeur répond exactement au type décrit par MALASSEZ, sous le nom de *Kyste multiloculaire du maxillaire inférieur* (1).

Hématome probable de l'orbite

M. **Folet**. — Voici un homme de 24 ans qui, il y a cinq semaines, a fait une chute sur la tête. Les jours suivants, épistaxis. Actuellement, il s'écoule par les narines du liquide céphalo-rachidien. La racine du nez est élargie, il ne peut plus souffler par les narines. Quinze jours après la chute, est survenue une blépharoptose gauche complète. La pupille se contracte à peine ; la vision est presque totalement abolie. A l'ophtalmoscope, on ne constate rien de très particulier.

Ainsi trois semaines après une fracture probable de la base du crâne, paralysie de tous les nerfs de l'œil, etc. Y a-t-il eu hématome à marche lente ? c'est difficile à admettre. Pourquoi la protrusion de l'œil, s'il s'agit d'une fracture ? L'anévrysme donnerait des battements et un souffle. Est-ce un cal ? Ce sont toutes questions à se poser.

M. **Dutilleul** est d'avis qu'il y a dans l'orbite un épanchement sanguin qui amène la protrusion de l'œil et gêne ses mouvements.

M. **Lambret** croit au contraire qu'il n'y a rien derrière l'œil. Il pense à un cal au niveau de la fente sphénoïdale. L'exophtalmie peut dépendre d'un trouble sympathique. Il élimine l'hématome, car on aurait des traces extérieures d'hémorragie.

M. **Oui** se demande aussi comment un caillot aurait pu avoir une action si tardive.

M. **Gaudier** croit qu'un hématome se serait infecté, puisque l'écoulement du liquide céphalo-rachidien indique une communication avec l'extérieur.

M. **Ingelrans** est d'avis que la lésion siège au fond de l'orbite, car tout ce qui pénètre dans cette cavité est atteint, et rien d'autre que ce qui y pénètre ne paraît lésé.

M. **Dutilleul** dit que l'exophtalmie est trop considérable pour être liée à un trouble sympathique.

M. **Surmont** émet l'hypothèse d'une infiltration œdémateuse par le liquide qui s'écoule en partie au dehors.

(1) MALASSEZ. — *Archives de physiol.*, 1885. Vol. I, p. 309-340 et vol. II, p. 379-449.

M. **Folet** demande s'il y a lieu de pénétrer dans l'orbite pour y chercher la cause productrice des accidents.

MM. **Dutilleul** et **Painblan** sont d'avis de pratiquer l'opération de KRONLEIN.

Prostatectomies périnéales pour hypertrophie de la prostate

M. **Carlier** présente deux prostates qu'il a enlevées avec succès chez deux prostatiques par la voie périnéale. L'une, très grosse, appartenait à un malade de 60 ans, l'autre, moins forte, a été enlevée à un malade de 65 ans. Ce dernier cas est intéressant en ce sens qu'il existait un lobe médian intravésical de la grosseur d'un fort noyau de pêche qui a pu être extrait intégralement par la section urétrale. Cet homme, aujourd'hui bien guéri, était atteint de rétention complète d'urine et était infecté. Actuellement, il vide entièrement sa vessie et a un jet remarquable pour son âge.

Dans sa première prostatectomie, qui date d'un an, M. CARLIER a eu une déchirure du rectum. Cet accident est arrivé à la plupart des chirurgiens qui ont pratiqué des prostatectomies périnéales. Il tient à ce fait anatomique, connu en France depuis la communication d'HARTMANN à la Société de chirurgie (juillet 1902), de l'existence d'une adhérence solide qui unit le rectum à l'urètre au voisinage de la portion membraneuse du canal. La section du carrefour du sphincter anal et du bulbo caverneux ne suffit pas pour séparer avec les doigts le rectum d'avec la prostate. Après avoir écarté à droite et à gauche les deux releveurs, il faut suivre de très près l'urètre membraneux et couper à petits coups l'adhérence recto-urétrale, le *musculus recto-uretralis* des Allemands. C'est en voulant déchirer avec les doigts cette solide adhérence qu'on s'expose à déchirer le rectum.

L'un des opérés de M. CARLIER, celui au lobe médian, est, en outre, porteur d'une grosse hernie inguinale gauche, mais comme il a 65 ans, que l'anneau inguinal est large au point d'admettre un œuf de poule et que la paroi abdominale semble partout atrophiée, M. CARLIER n'a pas cru devoir procéder à une cure radicale et demande à ce propos l'avis de la Société.

M. **Lambret**, en ce qui concerne le premier malade, est d'avis de lui accorder la cure radicale, qui n'est pas grave, puisque le sujet est bien portant, et à condition que la paroi du ventre ne soit pas trop flasque. Il est inutile d'employer le procédé de POUILLET. Le mieux est la vraie suture vivante, en lacet de bottines, applicable à presque tous les cas. C'est le procédé dit de CAZIN-FAURE, avec la modification que M. LAMBRET lui a apportée.

M. **Drucbert** propose, en cas de paroi abdominale flasque, d'employer, pour la hernie, un procédé semblable à celui décrit par SAPIESCHKO pour les éventrations.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Traité de technique opératoire, par MM. les docteurs CH. MONOD, agrégé à la faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux, et J. VANVERTS, chef de clinique à la Faculté de Lille, deux volumes in-8, illustrés de 1.907 figures, Paris, *Masson*, 1902.

Tout praticien soucieux de se documenter à la veille d'une opération devra désormais s'adresser à l'ouvrage que viennent de terminer, après plusieurs années de labeur MM. MONOD et VANVERTS.

Les auteurs se sont astreints, pour chaque opération, à décrire aussi clairement et aussi complètement que possible le procédé de choix, sans s'interdire cependant d'indiquer, lorsqu'ils le jugent nécessaire, d'autres moyens d'exécution recommandables pour certains points spéciaux ou s'appliquant à des cas particuliers. L'étude de l'opération proprement dite est de plus, toutes les fois qu'il y a lieu, précédée de l'indication des préliminaires qu'elle nécessite et suivie d'une revue rapide des principaux accidents qui peuvent l'accompagner et des moyens d'y remédier. L'exposé des soins immédiats et consécutifs qu'il convient de donner à l'opéré est également indiqué. Ainsi est parcouru tout le cycle opératoire, considéré à un point de vue essentiellement pratique, qui fait de cet ouvrage tout l'intérêt et toute la nouveauté. De nombreuses figures intercalées dans le texte en facilite du reste la compréhension.

Le tome I comprend : 1° une introduction sur les *Méthodes et procédés de l'asepsie et de l'antisepsie*, sur les *moyens de réunion et d'hémostase* et sur l'*anesthésie* ; 2° les *opérations sur les divers tissus* (peau, os, articulations, muscles et tendons, synoviales tendineuses, vaisseaux, nerfs) ; 3° les *opérations sur les membres*, le *crâne* et l'*encéphale*, le *rachis* et la *moelle*, l'*appareil visuel*, le *nez*, les *fosses nasales*, les *sinus de la face*, le *naso pharynx*, l'*oreille*, le *cou*, le *thorax*, le *sein*.

Le tome II est consacré aux *opérations de la bouche*, *des glandes salivaires*, *du pharynx et de l'œsophage*, *à la laparotomie*, *aux opérations de l'estomac*, *de l'intestin*, *du rectum et de l'anus*, *du foie*, *des voies biliaires*, *de la rate*, *du rein*, *de l'uretère*, *de la vessie*, *de l'urètre*, *de la prostate*, *des organes génitaux de l'homme et des organes génitaux-urinaires de la femme*. Une *table analytique des matières* des deux volumes, et une *table alphabétique des auteurs cités* complètent l'ouvrage et permettront la rapidité des recherches.

Nous joignons nos louanges à toutes celles que la presse médicale a données, sans compter, à cet ouvrage, et nous souhaitons voir sortir de la collaboration de ces deux chirurgiens d'autres travaux aussi clairement conçus, aussi sobrement écrits, à tendances aussi pratiques.

Dr F. C.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Un **concours** s'ouvrira le 20 juillet 1903, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, pour un emploi de **suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie** à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens ; le registre sera clos le 20 juin.

— L'assemblée de la Faculté de médecine de Lille a attribué, ainsi qu'il suit, les récompenses, appelées **Prix de Thèses**, pour l'année scolaire 1901-1902 :

Médaille d'or : M. JOUVENEL ; Médaille d'argent : M. DRUCBERT : 1re Médaille de bronze : M. BRETON ; 2e M. ROMIGNOT ; 3e M. COLLE ; 4e M. VRASSE ; 5e M. BERTIN ; 1re Mention honorable : M. CHEVALIER ; 2e M. RALLIER DU BATY ; 3e M. LECLERCQ ; 4e M. LORGNIER.

SOUTENANCES DE THÈSES

M. A.-L. DESCONSEILLEZ, de Baisieux (Nord), a soutenu, avec succès, le mardi 2 décembre 1902, sa thèse de doctorat (6e série, n° 111), intitulée : **Des indications et des résultats de la résection du maxillaire inférieur.**

M. G.-A. ROUCHE, de Réty (Pas-de-Calais), a soutenu, avec succès, le mercredi 3 décembre 1902, sa thèse de doctorat (6e série, n° 112), intitulée : **Des réflexes rotulien et plantaire dans l'hystérie et la neurasthénie.**

HOPITAUX ET HOSPICES

Amiens. — Un concours pour deux places de médecin-adjoint s'ouvrira le lundi 2 Mars 1903, à midi, à l'hôpital d'Amiens.

Marseille. — A la suite de différents incidents le concours pour une place de chef des travaux anatomiques vient d'être annulé.

UNIVERSITÉ DE PARIS

M. le docteur POIRIER, agrégé, a été nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. le professeur FARABEUF, mis à la retraite.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — M. le docteur TRÉPANT, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs A. DUBOUSSET, de Riom (Puy-de-Dôme) ; LANQUETIN, de Lyon (Rhône) ; CHABALIER, d'Hyères (Var) ; TRICHET, de Ploubalay (Côtes-du-Nord) ; d'HEILLY, ancien médecin des hôpitaux de Paris.

OUVRAGES REÇUS

— **Surdité datant de dix ans ramenée à une audition moyenne par le procédé Delstanche**, par le docteur TRÉTRÖP, Anvers, *Buschmann*, 1902.

— **De l'emploi de la formaline pour déceler l'albumine urinaire**, par le docteur TRÉTRÖP, Anvers, *Buschmann*, 1902.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc.

Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 309. Sixième Année. N° 50. Le Numéro : **10** centimes. 14 Décembre 1902

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

AVIS. — Nous prions nos lecteurs de vouloir bien nous faire parvenir le montant de leur abonnement pour 1903, en un mandat poste ou un bon de poste, adressé à M. le docteur COMBEMALE, rédacteur en chef, 128, boulevard de la Liberté, Lille.

Passé le 18 décembre, nous ferons présenter à domicile, par la poste, une quittance représentant le montant de l'abonnement, majorée de 0 fr. 50 pour frais de recouvrement.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Variole congénitale

(Accouchement, pendant l'invasion, d'un enfant à terme qui fit et mourut de la variole quelques jours après)

Par M. **Taconnet,** interne des Hôpitaux

Un fait bien établi, c'est que la femme enceinte, atteinte de variole, peut transmettre, in utero, la maladie au fœtus. Néanmoins, assez souvent, l'enfant échappe à la contagion et présente alors, après sa naissance, une immunité remarquable contre toute inoculation.

En dehors de ces cas, il en est d'autres, où l'enfant, pris de variole dans le sein de sa mère, vient au monde avec des cicatrices, ou avec une éruption bien caractérisée ; ou bien l'exanthème se développe peu après l'accouchement. Il se peut même que le fœtus soit infecté sans que la mère ait contracté la maladie.

Dans tout ceci, il n'est question que du fœtus viable.

Cependant les cas de variole congénitale sont épars dans la littérature médicale et, comme le dit DE GRANDMAISON : « Même en les cherchant avec succès, la moisson est loin d'être fructueuse ».

L'observation qui va suivre en est un exemple particulier. Ce cas est survenu chez un enfant né à terme, et quelques jours après sa naissance ; la mère ayant accouché pendant la période prodromique, c'est-à-dire avant l'éruption qui, chez elle, apparut deux jours après l'expulsion.

Le 19 novembre 1902, la nommée Sidonie R..., vingt-six ans, se présente au pavillon d'isolement, à l'hôpital de la Charité, pour y faire admettre son enfant atteint de variole.

En examinant l'enfant, je m'aperçus que la mère avait eu elle-même la maladie et qu'elle n'était qu'à la période de dessiccation ; je fis donc entrer la mère et l'enfant dans le service de M. le professeur COMBEMALE.

Cette femme avait été vaccinée avec succès à la naissance, mais jamais revaccinée.

Le 4 novembre, à peu près au terme de sa grossesse (date de la fin des dernières règles : 2 février 1902), elle eut un frisson, puis de la céphalalgie. De la rachialgie, des nausées, des sueurs profuses apparurent les jours suivants. Pas de constipation. Il y eut de la fièvre

En pleine période d'invasion, elle accouche, le 6 novembre. Le 8 novembre, la malade présente des rougeurs aux mains, aux poignets, aux genoux et à la figure qui disparurent rapidement (il s'agissait probablement d'un cas morbilliforme).

Le lendemain, 9 novembre, des papules apparurent au visage, sur les mains, les avant-bras, aux pieds et aux genoux; il y en eut seulement quelques-unes sur le corps.

L'évolution fut rapide au dire de la malade, en quelques jours les croûtes avaient remplacé les boutons.

L'enfant, Héloïse M..., née à terme, dans des conditions normales, ne fut pas vaccinée.

Le 14 novembre, c'est-à-dire huit jours après l'accouchement, elle présenta quelques rougeurs et le lendemain, l'éruption était faite, « elle était complètement rouge », dit la mère.

Le 19 novembre, jour de l'entrée aux Pavillons, la face est couverte de vésicules confluentes; sur le corps et les membres, il y a une éruption de papules si serrées qu'on ne peut distinguer d'intervalle de peau saine; l'ombilication se fait sur les membres.

Il s'agit d'une variole confluente généralisée : La petite malade prend bien le sein, l'état général est assez bon.

Le 20 novembre, les vésicules poursuivent leur évolution, la réaction est intense. L'enfant crie et prend ses tétées, il semble supporter sa maladie sans grand dommage.

Le 21 novembre, il refuse le sein, on ne peut le nourrir à la cuiller. L'éruption pâlit, il y a de la stomatorrhagie, l'état général est mauvais.

La mort arrive le 22 novembre, au neuvième jour de l'éruption. La température rectale n'a cessé de monter pendant les trois jours pour atteindre 40°6 le 21 au soir.

Si on compte trois jours d'invasion, la variole s'est déclarée cinq jours après l'accouchement et la mort est survenue au douzième jour de la maladie ; l'infection du fœtus et une partie de l'incubation s'étant faite dans l'utérus.

L'intérêt de cette observation, ne réside pas dans la marche un peu anormale de la variole, mais dans sa rareté.

Il n'y a, en effet, qu'un seul cas analogue dans les publications faites au sujet de la variole congénitale. Il est de Richardière et publié dans « l'Union médicale » (La variole pendant la grossesse, à l'hôpital d'Aubervillers, en 1892. Observation XI; février 1893).

Dans cette observation, la mère fut atteinte de varioloïde après l'accouchement, l'enfant eut une variole discrète quatre jours après et guérit.

Il y a cependant une différence entre le cas de Richardière et le nôtre ; dans l'observation que nous avons publiée ci-dessus, la variole bénigne de la mère avait été transmise à l'enfant avec une intensité telle, qu'elle fut chez lui confluente, généralisée et qu'elle le tua. Il était intéressant de souligner le fait que la transmission de la variole, in utero, s'est manifestée, chez l'enfant, avec une exaltation particulière, que l'exanthème bénin de la mère ne pouvait faire prévoir.

Consultations Médico-Chirurgicales

Rhumatisme articulaire aigu

Professeur F. Combemale.

INFORMATIONS CLINIQUES. — Un adolescent ou un adulte se plaint de fatigue musculaire à la nuque, aux lombes, de douleurs articulaires légères mais allant croissant. Il a saigné du nez ou bien il est porteur d'une angine rouge, sans exsudat, sans ganglions, unilatérale, douloureuse à la déglutition seulement, modérément œdémateuse ; sa température est inférieure à 39° . Puis, au bout de quelques jours d'un diagnostic incertain, on le voit pâle, l'énergie et l'intelligence intactes, en moiteur permanente, la fièvre peu marquée, les urines rares, denses, acides, colorées par l'urobiline, légèrement albumineuses ; il accuse par son attitude une ou plusieurs articulations douloureuses, en mettant d'intuition les muscles voisins et les capsules articulaires dans le relâchement ; chaque articulation prise, grosse ou petite, est chaude, tuméfiée, rosée, douloureuse, et le restera de quatre à huit jours. A peu près chaque jour de nouvelles articulations seront envahies, les précédentes redevenant graduellement libres. Pendant quinze jours, six semaines parfois, toutes les articulations, aussi bien celles du genou, de l'épaule que celle du rachis et des doigts, jusqu'à huit et dix à la fois étant prises, seront tenaillées par des douleurs très vives, assoupies parfois, réveillées par le mouvement, la pression, surtout les heurts du lit, auront une température locale supérieure de 0,5 à 1 degré, seront tendues et luisantes, offriront du côté de l'extension une bande rosée sans relief correspondant aux limites de la synoviale. C'est le *rhumatisme articulaire aigu généralisé franc.*

Les complications viscérales sont fréquentes, même dans cette forme : le cœur est très souvent touché dans son endocarde; le péricarde participe fréquemment aussi de cette atteinte. Quant à la plèvre et aux méninges, ils sont moins souvent frappés ; mais des manifestations pleuro-pulmonaires passagères et le rhumatisme cérébral, s'ils sont rares, ne sont pas à ignorer.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Les manifestations cliniques du rhumatisme articulaire aigu sont

commandées sans conteste par un agent infectieux; peut-être même plusieurs agents infectieux en symbiose sont-ils en cause. Ce n'est pas dans tous les cas de rhumatisme que ces microorganismes sont découverts, bien que soupçonnés ; aussi règne-t-il sur leur valeur pathogénique encore quelques doutes. Les connaîtrait-on morphologiquement du reste, que dans l'état actuel de nos connaissances, on ne pourrait encore remplir l'indication pathogénique soit de les détruire, soit d'annihiler leurs toxines, soit d'enrayer leur pullulation.

Les indications cliniques sont donc celles qu'il faut viser uniquement : supprimer la douleur, diminuer la fièvre, prévenir les complications. Empiriquement, un agent médicamenteux a été trouvé, que d'aucuns regardent comme spécifique, qui répond à toutes ces indications, réduit ces symptômes, enraye la maladie, en empêche les localisations dangereuses, si on l'a employé hâtivement. Mais d'autres agents existent qui remplissent l'indication de calmer la douleur, de vaincre la fièvre et que dans certains cas, où l'état du cœur, des reins exigent des précautions, il est préférable de prescrire. Le moyen qui réduira la fièvre en même temps que la douleur sera le meilleur.

TRAITEMENT. — Le traitement du rhumatisme tient tout entier dans l'emploi judicieux du spécifique constitué par les corps salicylés.

Sont utilisés comme corps salicylés le salicylate de soude, le salicylate de méthyle, le salicylate d'amyle, l'acide salicylique, l'aspirine ou acide méthylsalicylique, qui doivent à leur molécule salicyl les effets suivants : *a*) irritation locale au point d'application, très appréciable par la rougeur qui survient quand plusieurs onctions sont faites au même point avec le salicylate de méthyle, appréciable par la brûlure stomacale que provoque l'ingestion de salicylate, surtout d'acide salicylique, s'il n'est pas dilué dans une masse d'eau et dont est exempte l'aspirine, qui traverse l'estomac sans être attaqué, *b*) action générale qui se traduit, α) parfois dès la première prise par des bourdonnements d'oreilles, et même des vertiges (ivresse salicylée), β) par l'augmentation des sécrétions biliaires, sudorale et urinaire (polyurie et pollakiurie), *c*) action spéciale, qui consiste à abaisser toute température dans toute maladie, de calmer toutes les névralgies, quelques-unes excepté et sans qu'on s'explique encore pourquoi.

Les corps salicylés abattent la fièvre et calment les douleurs du rhumatisme articulaire aigu; empiriquement et depuis longtemps démontrée, cette notion domine le traitement de cette maladie. De tous les corps salicylés, j'emploie de préférence l'**aspirine** ou acide acétylsalicylique, par la seule raison que son action irritante locale sur l'estomac est nulle, son dédoublement ne se produisant qu'une fois parvenu dans l'intestin; concurremment le **salicylate de méthyle**, ou, si son odeur incommode, le **salicylate d'amyle** ont toujours mes préférences.

A. — *RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU*

I. — *Chez l'adulte*

INFORMATIONS CLINIQUES. — Le rhumatisme s'est installé chez un adulte sans tare antérieure ; c'est le premier accès ; l'urine examinée ne contient pas d'albumine, excepté celle, en très faible quantité d'ailleurs, qui dépend de la maladie même.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — C'est dans leur simplicité les indications énoncées plus haut.

TRAITEMENT. — Il comporte à la fois un traitement médicamenteux, spécifique et local, et une diététique.

Traitement médicamenteux. — Dès le diagnostic porté, le **salicylate de soude** ou l'**aspirine** seront donnés. La dose de 6 grammes de salicylate, de 4 grammes d'aspirine sera nécessaire pendant quatre jours consécutifs au minimum, dix jours au maximum. Plus ou moins vite, la fièvre et les douleurs diminueront. Il faut néanmoins, même si le malade se dit fort soulagé, même si aucune articulation nouvelle n'est prise, **ne diminuer la dose que quatre jours après que douleur et fièvre sont calmées.** Vers le huitième jour, abaissez la dose à quatre grammes de salicylate, trois d'aspirine, et cela pendant quatre, six ou huit jours. A la fin de la seconde huitaine, permettez de ne plus prendre que deux grammes par jour. **Mais, ne supprimez complètement le salicylate ou l'aspirine que lorsque le rhumatisant aura passé une semaine sans retour offensif des douleurs.**

Point important, tant que durera ce traitement, le **séjour au lit** est indispensable, le salicylate ne s'accommode pas de la station debout.

L'aspirine se prend en cachets. Il suffit donc de formuler :

Aspirine .... 6 grammes
En six cachets; un toutes les trois heures.

Le salicylate de soude peut aussi se prendre en cachets, suivis d'un verre de tisane diurétique (chiendent, uva ursi, etc.) ou d'eau de Vichy. Mais en potion, il est aussi bien accepté ; les deux formules suivantes ont fait leurs preuves :

I	Salicylate de soude	6 grammes
	Sirop de framboises..........	20 grammes
	Eau..........................	70 grammes

Chaque cuillerée à café contient un gramme de salicylate : une cuillerée toutes les quatre heures dans un verre d'eau de Vichy.

II
Salicylate de soude .... 6 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères 50 grammes
Rhum vieux .... 20 grammes
Eau .... 50 grammes

une cuillerée toutes les trois heures dans un verre d'eau alcaline.

Diététique. — Ce traitement médicamenteux ne va pas sans une certaine diététique. Tous les émonctoires doivent être ouverts; il faut favoriser les sueurs et entretenir la diurèse. Le **lait,** l'eau de Vichy y pourvoiront, en même temps qu'avec des **potages légers,** tant que durera la fièvre, l'alimentation sera assurée.

Une fois la fièvre tombée, viendra une alimentation quotidiennement plus substantielle : au lait on ajoutera des œufs, des légumes, mais on ne permettra la viande qu'en dernier lieu; **la reprise des poussées mal éteintes tient souvent à une alimentation carnée trop hâtive.**

Traitement local. — Le traitement local des douleurs n'est qu'un adjuvant du traitement médicamenteux, mais utile cependant à bien observer.

Il doit tendre à pratiquer l'immobilisation des jointures, afin d'amener la résorption des liquides et de contribuer à la diminution des douleurs. Réalisez-la par l'**enveloppement ouaté,** successivement de chacune des articulations atteintes ou en voie d'être frappées. Par contre, abstenez-vous de liniments calmants ou opiacés, etc. Les onctions à la vaseline salicylée, mieux les **badigeons au salicylate de méthyle** seront bien plus efficaces, ajoutant l'action du salicylate de méthyle inhalé ou pénétrant par la peau à celle du salicylate de soude ingéré.

Installez dans le lit un appareil fait de **demi-cerceaux** qui, supportant couvertures et draps, empêche le poids des couvertures sur les articulations douloureuses; placez une bouillotte dans cette cage pour éviter la sensation de froid. Isolez enfin en quelque sorte le lit du plancher: posez-le, si cela se peut, sur les isolateurs en verre d'un piano, évitant ainsi les mouvements transmis, plus douloureux que la flexion des articulations; **explorez toujours avec douceur votre malade.**

Au cours de la maladie, et en pleine action salicylée, l'albumine vient-elle à augmenter ? Imposez un régime lacté plus sévère, mais ne suspendez pas le salicylate.

II. — *Chez l'enfant*

INFORMATIONS CLINIQUES. — Chez un enfant de quatre à dix ans survient de la fièvre, de l'agitation, de l'impossibilité à se servir d'un membre; une ou plusieurs articulations sont gonflées, douloureuses, chaudes ; le rhumatisme n'est pas douteux ; toute autre cause d'arthralgie peut être éloignée.

Des complications cardiaques surviendront inévitablement, peut-être des complications nerveuses.

INDICATIONS CLINIQUES. — L'intégrité habituelle du filtre rénal autorise l'emploi des corps salicylés, sans restriction.

TRAITEMENT. — Dès que le diagnostic est porté, quelle que soit l'intensité du rhumatisme, on emploiera le **salicylate de soude,** 2 à 3 gr. par jour au-dessous de six ans, c'est-à-dire deux cuillerées à café toutes les quatre heures de la potion I précédente.

Si l'enfant a de six à dix ans, la dose doit atteindre trois cuillerées à café. Au-dessus de dix ans, c'est quatre grammes de salicylate, au besoin six grammes qu'il faut prescrire, comme chez les adultes.

III. — *Chez l'adulte et le vieillard antérieurement malades*

INFORMATIONS CLINIQUES. — A) Le rhumatisme articulaire, avec ses douleurs et sa fièvre symptomatique, a frappé un artério-scléreux, un brightique qui s'ignore, à urines fortement albumineuses. Dans le tableau classique rien ne sera changé dès l'abord, mais le pronostic est lié à l'élimination complète et sans interruption des déchets fébriles de l'organisme ; aussi l'intoxication médicamenteuse, l'intolérance risquent-elles d'être rapides.

B) Un cardiaque, une femme grosse font un rhumatisme ; le diagnostic n'est pas plus malaisé que chez l'adulte ; mais l'intolérance est à craindre aussi pour tout médicament capable de retentir sur le plexus cardiaque ou la fibre lisse interne.

C) L'alcoolique, l'intoxiqué, à l'occasion d'un rhumatisme, se montreront prêts à réagir vis-à-vis d'un médicament de façon anormale, par le délire presque sûrement.

INDICATIONS CLINIQUES. — Lorsque le salicylate de soude est mal toléré, son action toxique se traduit par des nausées, des vomissements, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, de la surdité, des syncopes, de la diplopie, de l'amblyopie, du délire, du collapsus. Il a maintes fois, d'autre part, provoqué l'avortement, et passe pour abortif.

Comme pour les brightiques ou scléreux, la rétention médicamenteuse est à craindre, comme pour les cardiaques et la femme grosse, la syncope et l'avortement doit être évité, comme l'on doit éloigner de l'alcoolique toute cause d'hallucinations, de délire, les salicylates, susceptibles par accumulation, ou même simplement à dose thérapeutique, de provoquer ces accidents, ne devront pas être prescrits chez ces malades. On s'adressera aux moyens médicamenteux qui calment et abaissent la température à la fois, sans avoir les effets secondaires dangereux des salicylates.

TRAITEMENT. — Un antithermique et analgésique éprouvé, l'**antipyrine**, peu toxique, devra dans ces cas être employé ; on la prescrira, sachant bien que ses résultats, vis-à-vis de la douleur, seront moindres que ceux qu'on eût obtenus avec le salicylate de soude.

Si l'antipyrine ne soutient pas la comparaison, à la dose de 3 ou 4 gr. par jour en cachets ou dans une potion effervescente, elle calme aussi toutefois les douleurs et abaisse la température mais pour un temps moins long. Un bon mode d'emploi de l'antipyrine consiste à se servir d'une sorte de potion de Rivière. Trois à quatre fois par jour, c'est-à-dire toutes les six ou huit heures, d'un premier flacon contenant :

Antipyrine	4 grammes
Bicarbonate de soude	2 grammes
Sirop sucre	15 grammes
Eau	45 grammes

le malade prend une cuillerée à soupe, c'est-à-dire 1 gr. d'antipyrine, qu'il fait suivre immédiatement d'une cuillerée d'un deuxième flacon contenant :

Acide citrique	2 grammes
Sirop de limons	15 grammes
Eau	45 grammes

L'estomac le plus intolérant accepte l'antipyrine sous cette forme.

En même temps, pour contrebalancer l'effet anurétique de l'antipyrine, on institue le **régime lacté**. En outre, comme l'antipyrine provoque les sueurs, il faut, si elles sont par trop abondantes, un jour sur deux, faire prendre un granule d'un milligr. de **sulfate d'atropine** ou un cachet de **sulfonal**.

Je ne puis recommander chez l'adulte ou le vieillard à organes tarés, α) ni le **salophène**, composé d'acide phénique et d'acide salicylique dont les doses quotidiennes sont de 3 ou 4 gr. en cachets par prises d'un gramme ou dans une potion effervescente, analogue à la précédente, β) ni le **salol**, corps phénol salicylé, dont les quatre prises quotidiennes seraient de 0 gr. 75, en cachets ; à renoncer aux salicylates, il faut renoncer aussi aux corps qui, en plus de la molécule salicyl contiennent la molécule phényl, non moins dangereuse pour les reins.

B. — RHUMATISME SUBAIGU

INFORMATIONS CLINIQUES. — A sa seconde, sa troisième attaque, un adulte ou un enfant fait un rhumatisme, caractérisé par une fièvre atténuée, des douleurs articulaires moins nettes. Les complications cardio-pulmonaires peuvent cependant survenir ; mais l'acuité du rhumatisme est moindre.

INDICATIONS CLINIQUES. — Il s'agit de proportionner le moyen médicamenteux à l'intensité de l'attaque ; il pourra même dans le cas où l'attaque est très affaiblie, quoique certaine, ne pas paraître nécessaire d'utiliser les corps salicylés.

TRAITEMENT. — Il convient ici encore, d'employer les corps salicylés. Non pas le salicylate de soude, sur les inconvénients duquel on passe dans les cas sérieux en raison du bénéfice qu'on en retire, mais bien l aspirine ou le salicylate de méthyle.

Deux à quatre cachets, de 0 gr. 50 l'un, d'**aspirine** suffiront pendant quinze jours consécutifs pour amortir et maintenir abolis fébricule et douleurs articulaires.

Les salicylates volatils, salicylate de méthyle ou salicylate d'amyle, suffiraient aussi pour le même résultat, en onctions loco dolenti. Procurez-vous soit du **salicylate d'amyle,** soit du **salicylate de méthyle** bien débarrassé des impuretés qui si souvent l'accompagnent et doublent son action irritante locale ; puis avec un pinceau chargé de l'un ou l'autre de ces liquides huileux, badigeonnez les articulations malades deux fois par jour avec 4 ou 6 gr. de l'un ou l'autre topique environ. Appliquez ensuite un enveloppement ouaté et enfin une feuille de gutta-percha destinée à empêcher l'évaporation ; une bande roulée maintiendra le tout. Au bout d'une demi-heure, l'intensité des douleurs tend déjà à diminuer ; la sédation survient assez vite. **Il faut appliquer directement le salicylate de méthyle** ; incorporé dans un véhicule (huile, vaseline, etc.), il agit moins bien. Employez-le pendant le même temps que vous auriez donné le salicylate, c'est-à-dire huit jours consécutifs encore après la sédation des douleurs, soit deux à trois semaines en tout. Et **ne suspendez les badigeonnages sous aucun prétexte** : sinon c'est la perpétuation de l'accès.

Comme complément à cette médication, n'hésitez pas à administrer les **alcalins**, sous forme d'eau de Vichy, une bouteillle par jour, sous forme de bicarbonate de soude, 4 à 6 gr. en autant de cachets ; sous forme de benzoate de soude, 2 à 4 gr. en cachets ou dans un julep.

C. — COMPLICATIONS DU RHUMATISME

I. — *Rhumatisme cérébral*

INFORMATIONS CLINIQUES. — Un rhumatisant, diagnostiqué tel depuis quelques jours, a malgré le salicylate, de l'hyperthermie permanente, 40°, le pouls accéléré, des sueurs profuses. De plus il souffre de la tête, il vomit et il surprend par sa loquacité et ses divagations ; de plus la fluxion a quitté ses articulations. Comme il n'y a ni alcoolisme antérieur, ni albumine dans les urines, on a le droit de diagnostiquer rhumatisme cérébral, bien que cette complication soit devenue rare depuis le salicylate de soude, à qui l'on peut pour cette raison attribuer cette action préventive.

La complication évoluera plus ou moins vite, de façon suraiguë parfois, pour aboutir au coma, et dans un cas sur cinq à la mort.

INDICATIONS CLINIQUES. — Quand cette complication surgit, il n'est rien de plus à faire que de combattre les symptômes, hyperthermie, ataxo-adynamie, comme dans les fièvres. Une fois le calme revenu dans le système nerveux, le rhumatisme évoluera du reste comme devant.

TRAITEMENT. — Pour obéir à ces indications, une fois les craintes de complication cérébrale reconnues fondées, il faut sur-le-champ **suspendre définitivement le salicylate de soude** et avoir recours à la balnéation froide.

On prépare et l'on donne un **bain froid** à 20°, d'une durée de dix minutes; et toutes les trois heures, quand le thermomètre dépasse 39°, on répète ce bain : en d'autres termes on transporte la méthode de Brandt dans le traitement de ce rhumatisme pour un à quatre jours. Le plus habituellement au bout de quatre jours la complication est éloignée, les articulations sont redevenues douloureuses; et l'on n'insiste plus trop pour calmer quand même les douleurs.

Le **chloral** doit être aussi prescrit, contre l'insomnie et l'agitation, si le bain froid à lui seul n'en triomphe pas, comme d'habitude, lors de la phase sédative qui suit la sortie de l'eau froide.

II. — *Complications pleuro-pneumonaires*

INFORMATIONS CLINIQUES. — *a*) Brusquement un rhumatisant devient dyspnéique ; très rapidement il se cyanose, menacé de prompte asphyxie ; sans que le cœur paraisse en cause, il tousse et crache de la spume à peine rosée. Cet œdème aigu du poumon d'allures si sérieuses est d'un pronostic très grave.

b) En vingt-quatre heures, chez un rhumatisant, s'est formé un foyer de congestion pulmonaire avec sa submatité, son obscurité respiratoire, son souffle très doux : ou bien on le découvre un jour installé insidieusement, parce qu'on a voulu trouver la cause d'une toux fréquente, quinteuse, avec expectoration de spume gommeuse, accompagnant une dyspnée, de 40 à 60 respirations par minute. Spontanément, cette congestion pulmonaire pourra en deux ou trois jours disparaître complètement.

c) L'auscultation journalière ou la recherche volontaire de la cause d'une aggravation de l'état général révèle un épanchement pleurétique moyen. On voit, durant une huitaine, l'abondance du liquide varier en plus ou en moins, sans raison apparente ; unilatéral, cet épanchement peut devenir bilatéral, changer de côté ; il finit toujours par disparaître, sans jamais tourner à la purulence, quand le rhumatisme s'atténue d'autre part.

TRAITEMENT. *a*) — La rapidité de l'évolution de l'œdème aigu laisse souvent le médecin désarmé. Néanmoins, il faut tenter, sans perdre de temps, la révulsion : elle sera faite à l'aide de **ventouses** sèches qu'on appliquera sans compter ; les injections **d'éther** pourront aider à franchir ce mauvais pas.

b) Les **ventouses** sèches, multipliées, répétées, en rapport avec l'étendue de l'œdème, seront également d'un très grand secours pour hâter la résolution de la congestion pulmonaire ; dix, vingt, quarante, dans la journée, ne seront parfois pas de trop. De plus on n'hésitera pas à **porter les doses de salicylate à huit ou dix grammes**. L'ivresse salicylée n'est que rarement à craindre dans ce cas.

c) **Surveiller les oscillations du liquide pleural**, afin de ponctionner au cas de trop grande abondance et d'hydrothorax double, telle doit être la ligne de conduite au cas de pleurésie rhumatismale. Le **salicylate ne sera pas discontinué**.

III. — *Complications cardiaques*

INFORMATIONS CLINIQUES. — En auscultant chaque jour, comme on le doit faire, le cœur de tout rhumatisant, on constate que les bruits deviennent sourds, puis qu'ils sont lointains, parfois accompagnés de frottements. Si en même temps, ou plus tard, il survient de la douleur précordiale, des palpitations, si le pouls est fréquent et irrégulier, si un souffle doux au deuxième temps à la base, ou au premier temps à la pointe est perçu, et si la fièvre s'élève de nouveau, il n'y a pas à douter : de l'endopéricardite existe, qui peut disparaître avec l'attaque de rhumatisme, ou persister et causer une cardiopathie chronique, mais qui risque d'aboutir au cours de l'attaque actuelle au collapsus ou à des embolies.

INDICATIONS CLINIQUES. — Variables avec le symptôme observé, mieux avec la réaction du myocarde, de la circulation périphérique du sujet lui-même, ces indications se résument cependant en ceci : qu'il faut maintenir la tension artérielle et la contractilité cardiaque à leur niveau normal, éviter la fatigue du cœur.

TRAITEMENT. — Dès que l'éloignement des bruits aura été constaté, **pendant trois à quatre semaines, on surveillera le cœur**, prêt à intervenir. Le **salicylate de soude** sera, du reste, continué, suivant la formule, sans défaillance.

Le rhumatisant sera maintenu au **repos absolu**, au lit, aidé pour sa toilette et la satisfaction de ses besoins naturels, à l'abri des émotions.

On doit prévoir la défaillance cardiaque ; aussi, dès que l'accélération persistante du pouls se joint à l'éloignement des bruits du cœur, on aura recours à la **spartéine ;** j'emploie communément, en ce qui me concerne, dès que le cœur est menacé, sinon réellement touché, et je prescris quotidiennement :

Sulfate de spartéine. . . .	0,30 centig.
Sirop de tolu	30 gr.
Eau distillée de tilleul. . .	60 gr.

deux cuillerées à bouche dans la journée.

La douleur précordiale appellera des **ventouses scarifiées,** un petit **vésicatoire**, des **pointes de feu** sur cette région, que l'on renouvellera si la douleur persiste.

Lorsque le pouls devient fréquent et irrégulier, on s'adresse à la **digitale**, durant quatre jours environ, dont on donne quotidiennement, 0 gr. 20 à 0 gr. 50 en infusion, suivant la formule :

Poudre de feuilles de digitale. .	50 centig.
Eau pour infusion.	120
Sirop de convallaria	30

Mettre à infuser une demi-heure, à prendre dans la journée.

La **caféine** ne serait de mise que dans le cas de myocardite avérée.

Mais, **ce qu'il faut rejeter,** c'est le tartre stibié, c'est les mercuriaux, c'est la saignée, c'est l'alcool, c'est surtout ce qu'on a appelé d'un mot l'agitation thérapeutique.

D. — *Convalescence*

INFORMATIONS CLINIQUES.— Un rhumatisant a vu disparaître la fièvre et le gonflement de ses articulations par le salicylate de soude ; depuis quelques jours il a cessé le salicylate, et il n'est cependant pas encore remis ; ses doigts sont raides, il marche péniblement et s'endolorit les hanches à faire quelques pas ; en outre, il est très pâle, anémié fortement, et ses jugulaires ronronnent à l'auscultation.

INDICATIONS CLINIQUES. — Ces séquelles du rhumatisme : anémie et raideurs, appellent un traitement qu'il ne faudra pas faire trop intensif pour ne pas rappeler l'infection.

TRAITEMENT. — Il doit être mené de front, à la fois contre l'état général et contre l'état local.

Anémie. — Contre l'anémie il y aura avantage à prescrire le fer. Le meilleur ferrugineux sera l'**iodure de fer**, à raison de l'iode y contenu qui passe pour utile contre les raideurs articulaires. Qu'on utilise les pilules de Blancard ou le sirop d'iodure de fer du Codex, on donnera quotidiennement vingt centigrammes d'iodure de fer, soit deux cuillerées de sirop ou quatre pilules.

Une alimentation réparatrice, mais à résidus peu toxiques, dans laquelle le **lait** dominera, devra être aussi recommandée.

Raideurs articulaires. — *a*) Contre les raideurs articulaires, celles qui s'accompagnent de craquements, le traitement médicamenteux par l'**iodure de potassium** à la dose d'un gramme, longtemps continué avec quelques jours de pause tous les mois, pourra être suivi de succès. Mais, à côté de ce moyen, un peu aléatoire et qui n'a jamais fait ses preuves réelles, le **massage local** périarticulaire quotidien, avec mouvements passifs, garde toute son importance.

Les **bains de vapeur,** les **bains sulfureux** à domicile faciliteront aussi le retour des mouvements libres et souples dans les articulations enraidies. Mais une saison à **Luchon**, à **Barèges**, à **Aix-les-Bains** ou à **Bourbonne** seront encore plus efficaces, surtout si le malade se soumet aux pratiques d'hydrothérapie et de gymnastique qui lui seront conseillées dans ces stations thermales bien outillées.

b) S'il persiste de l'épanchement dans une articulation, la jointure restant volumineuse, il faut établir la **compression permanente** avec une bande caoutchoutée ou une genouillère élastique et l'on achèvera la guérison avec une saison à **Lamalou**, **Luxeuil**, **Royat**, **Néris**.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 12 décembre 1902

Présidence de M. Dutilleul, président

Décollement, au cours du 7e mois de la grossesse, d'un placenta normalement inséré — Placenta albuminurique.

M. **Oui** présente à la Société un placenta provenant d'une femme albuminurique qu'il a vue en consultation avec M. le docteur Castelain, le 5 décembre dernier, dans l'après-midi. Cette femme venait d'avoir, au septième mois de sa grossesse, alors que, depuis deux jours, elle ne sentait plus les mouvements du fœtus, une hémorrhagie abondante. L'analyse de l'urine faite aussitôt par M. Castelain avait décelé la présence d'une forte quantité d'albumine. Au moment de la consultation, état d'anémie aiguë très grave, pouls imperceptible. Aucun début de travail, col long et résistant, segment inférieur libre. Le diagnostic porté est celui d'hémorrhagie par décollement du placenta normalement inséré. Etant donné que l'hémorrhagie s'est complètement et spontanément arrêtée, on décide de remonter l'état général pour pouvoir, si les circonstances le nécessitent, intervenir dans des conditions plus favorables.

Injection de 600 grammes de sérum artificiel (solution de chlorure de sodium à 7/1000).

Des contractions utérines surviennent vers sept heures du soir. A neuf heures, le col est complètement effacé,

dilaté comme une pièce de deux francs. A onze heures, dilatation complète. M. Castelain rompt les membranes et extrait par le siège un fœtus macéré.

En examinant la face utérine du placenta, très petit, atrophié, on constate que sur la moitié de son étendue, elle présente un aspect blanchâtre, comme si elle était recouverte de fibrine. L'autre moitié, de coloration à peu près normale, est déprimée. Au niveau de cette dépression, existaient, au moment de la délivrance, de gros caillots noirs, adhérents.

A la coupe, nombreux foyers hémorrhagiques anciens et récents, dont un, assez gros et manifestement très récent, a probablement été le point de départ de l'hémorrhagie extra-placentaire qui a décollé le placenta.

Arrachement des tendons fléchisseurs des doigts

M. **Potel** rapporte le cas d'un enfant qui, s'étant accroché au haut d'une porte et s'en étant laissé tomber, a eu un doigt enlevé et le tendon arraché au niveau de l'insertion musculaire.

Il montre un autre tendon arraché au même niveau chez un paysan qui tenait enroulé autour du doigt la corde par laquelle il conduisait une vache.

Fibrome du vagin

M. **Potel** présente une pièce anatomique se rapportant à ce cas. (*Sera publié*).

Néphrotomie pour volumineux calcul du rein droit

M. **Carlier** présente à la Société un volumineux calcul qu'il a extrait avec succès, au mois de février, du rein droit d'un malade âgé de trente ans. Ce calcul est ramifié, son poids est de 150 grammes environ. La masse la plus importante a la forme d'un cœur, elle siégeait dans le bassinet.

Ce malade est un lithiasique d'ancienne date. Il a été opéré, il y a quinze ans, d'une pierre vésicale, on lui fit alors une taille hypogastrique. Depuis très longtemps les urines étaient infectées, mais l'état général du malade était resté excellent. Le rein droit était souvent le siège d'une douleur sourde qui s'aggrava pendant les quelques mois qui précédèrent l'entrée du malade à la clinique des voies urinaires. La recrudescence de ces douleurs lors de la marche, la production d'hématuries caractéristiques dénotaient l'existence d'un calcul rénal, d'ailleurs le rein droit était douloureux à la palpation et très augmenté de volume, puisque son bord inférieur descendait à deux doigts au-dessous de l'ombilic ; en outre, une belle radiographie faite par M. Bédart ne laissait aucun doute sur l'existence d'une grosse pierre rénale.

Le calcul fut enlevé par la voie lombaire, non sans difficulté, car les ramifications de la pierre étaient enserrées dans les calices. Un second calcul moins volumineux, mais également ramifié, siégeait dans le pôle supérieur du rein et put être extrait après abaissement de l'organe.

Le rein, qui était très infecté, fut drainé pendant six semaines, temps au bout duquel le malade quitta l'hôpital guéri de sa plaie lombaire et dans un état de santé très satisfaisant. Quatre mois plus tard, la cicatrice lombaire en un point par où s'écoula dès lors la totalité des urines du rein droit.

Le cathérisme rétrograde de l'uretère permit de constater que l'obstacle à l'arrivée de l'urine dans la vessie devait siéger près de l'embouchure vésicale de l'uretère. C'est alors qu'explorant la vessie par le palper bi manuel on y constata une tumeur qu'on sentait d'ailleurs très bien par l'hypogastre, tumeur qui n'avait occasionné jusqu'alors que des troubles vésicaux peu importants et qui avaient été plutôt attribués à la lésion rénale.

Une cystotomie sus-pubienne, pratiquée au niveau de la cicatrice ancienne, permit de constater que la tumeur s'implantait sur la presque totalité de la vessie et surtout que le col vésical et la région des uretères étaient complètement envahis par le néoplasme. Un curettage, seul, était possible, il fut fait très complet, mais il ne suffit pas pour libérer définitivement l'embouchure des uretères. Actuellement le rein droit antérieurement opéré donne chaque jour deux litres d'urine par la fistule lombaire ; quant au rein gauche, il sécrète peu et est douloureux, bien que la vessie reste fistulisée.

Le port d'un urinal s'adaptant à la fistule lombaire et à la fistule vésicale rend la vie de cet opéré très tolérable, en dehors de petits agacements continuels du côté de la vessie et dus à la lésion du col vésical.

M. **Carlier** avait proposé, à un moment donné, à ce malade, de lui néphrostomiser le rein gauche, de façon à dériver complètement le cours des urines, puis de procéder à l'extirpation totale de la vessie et de l'urètre postérieur. Car l'abouchement dans l'intestin des uretères privés de leur sphincter serait ici une déplorable opération, à cause du peu de défense des reins contre l'infection intestinale. Mais des circonstances diverses ne permirent pas de mettre à exécution l'opération proposée, et actuellement ce malade, dont l'état général est toujours excellent, calme ses petites douleurs avec des suppositoires opiacés.

M. Carlier présente un autre calcul qui fut extrait par la néphrotomie lombaire du rein gauche d'un malade, entré en janvier au pavillon Olivier. Ce calcul a le volume d'une amande, il est entièrement formé d'acide urique. Ce malade souffrait atrocement depuis trois ans L'intensité des douleurs, leur répétition, l'apparition du sang dans les urines après la fatigue, indiquaient bien la présence d'un calcul. Ici encore la radiographie, faite par

M. Bédart, permit de constater au niveau de la dernière côte gauche, une tache significative.

L'opération fut aisée, malgré l'existence d'une épaisse couche graisseuse périnéale. Le calcul extrait, la place rénale fut complètement suturée au catgut et la plaie lombaire fut fermée au crin de Florence, sauf en un point pour le passage d'un drain. Guérison par première intention de la plaie rénale.

M. **Carlier** insiste sur les grands services qu'on peut attendre de la radiographie lorsqu'on soupçonne chez un malade l'existence d'un calcul du rein.

Recherches sur la valeur clinique de quelques signes urinaires considérés comme révélateurs de l'insuffisance hépatique

MM. **Ingelrans** et **Dehon** présentent les résultats obtenus par la recherche de la glycosurie alimentaire, de l'hypoazoturie, de l'ammoniurie expérimentale, du rapport azoturique, de l'urobilinurie et de l'indicanurie, au point de vue de l'insuffisance du foie. Ils ont étudié seize malades et trois sujets normaux. Les malades dont le syndrome urinaire a été ainsi envisagé étaient atteints de cirrhoses atrophique, hypertrophique, hypertrophique graisseuse, de cancer, de maladie amyloïde, d'ictère catarrhal, etc.

Après avoir fait remarquer que l'insuffisance du foie comme celle du rein a des degrés, que les diverses fonctions de cet organe ne sont pas solidaires entre elles comme on l'a cru longtemps, ils étudient séparément les divers signes de cette insuffisance.

I. La glycosurie alimentaire, recherchée en se mettant à l'abri des nombreuses causes d'erreur qu'elle peut comporter (impureté de la glycose, intolérance gastrique et intestinale, concomitance des repas, hyperconcentration, etc.), s'est montrée deux fois seulement positive. Comme le foie peut être insuffisant pour l'une quelconque de ses fonctions sans l'être pour les autres, l'absence de la glycosurie provoquée prouve que la fonction glycogénique est fréquemment conservée, alors que les autres sont abolies et on n'en peut rien inférer en ce qui concerne l'état pathologique de l'organe. En effet, celui ci peut être induré et cirrhotique et conserver un grand nombre de cellules qui renouvellent leurs réserves glycogéniques (Brault).

II. L'hypoazoturie, dans la grande majorité des cas, est évidente. On ne peut se borner à cette constatation, car elle n'indique pas forcément que le foie ait faibli, quand même elle s'accompagnerait d'une augmentation relative et même absolue de l'ammoniaque, d'une augmentation relative de l'acide urique et des substances azotées extractives normales. Le coefficient azoturique veut absolument être établi pour qu'on puisse tirer une conclusion.

Le dosage de l'urée, insuffisant par les méthodes gazométriques ordinaires, surtout quand on veut évaluer ce rapport azoturique (Sallerin), a été fait par la méthode de Folin. Le rapport azoturique est très abaissé dans la plupart des cas. Il est possible que l'hypoazoturie et l'inflexion du rapport azoturique ne soient pas suffisantes pour affirmer l'insuffisance hépatique. mais on doit penser que ces deux signes ont néanmoins une valeur capitale pour renseigner le clinicien sur l'état du foie.

III. — Le chiffre normal de l'ammoniaque urinaire étant de 0,70 par 24 heures, le double ou le triple a pu être observé dans les cirrhoses. MM. Ingelrans et Dehon ont dosé l'ammoniaque par le procédé de Schlœsing. Ils ont rencontré des chiffres plus que doubles de la normale.

Le chiffre de l'ammoniaque comparé à celui de l'azote total fournit des résultats intéressants. Ce rapport est augmenté dans un certain nombre d'observations.

L'épreuve de l'ammoniurie expérimentale donne des résultats positifs dans la moitié des cas.

IV. L'indicanurie est d'importance secondaire.

V. L'urobilinurie, notée plusieurs fois, n'est sans doute qu'un indice de cholémie (Gilbert).

VI. La dissociation des signes de l'insuffisance hépatique chez un même malade tient à la dissociation même des fonctions de l'organe envisagé.

Sur neuf sujets, chez lequel le diagnostic doit faire conclure d'une façon évidente à une altération non douteuse des fonctions hépatiques (cancer, dégénérescence amyloïde, cirrhose hypertrophique graisseuse, cirrhose atrophique, cirrhose cardiaque) le syndrome urinaire révélateur de l'insuffisance hépatique s'est manifesté à un degré plus ou moins accentué.

Chez d'autres malades, où le foie est très peu lésé et l'insuffisance passagère ou peu probable, les signes urinaires peuvent apparaître mais toujours moins nets et moins groupés (maladie de Hanot, plusieurs cas d'ictère catarrhal). Au cours de leur communication, MM. Ingelrans et Dehon fournissent le détail des méthodes d'exploration employées, ainsi que les chiffres relatifs à leurs expériences. Ces chiffres sont, pour chaque sujet et pour chaque analyse, ceux de l'urée, de la glycose, du rapport azoturique, de l'ammoniaque normale et post-expérimentale, de l'azote total (méthode de Kjeldhal). Les réactions de Gmelin, de Hay, de Salkowski et de Pettenkofer ont été recherchées. L'urobiline a été recherchée par les méthodes récemment signalées, ainsi que l'indican (*sera publié in-extenso*).

M. **Er. Gérard** demande s'il ne faut pas attribuer la faiblesse de quelques coefficients azoturiques signalés dans cette communication, à l'attaque incomplète de certains matériaux urinaires par l'acide sulfurique, au cours de l'opération de Kjeldhal, résultant d'une action trop peu prolongée des réactifs.

MM. **Ingelrans** et **Dehon** répondent qu'en prévision de la possibilité de cette erreur de technique, il ont eu soin

non seulement de continuer l'attaque bien au delà de la décoloration complète de la matière azotée, mais encore qu'ils ont toujours fait varier suffisamment la durée de l'action de l'acide sulfurique sur deux échantillons différents et de ne tenir compte que de résultats sensiblement identiques.

M. **Ernest Gérard** fait remarquer que l'estimation du carbone urinaire, recommandée par BOUCHARD, aurait pu compléter utilement la série de ces expériences. Bien que cette estimation n'ait été faite que dans un petit nombre de cas, jusqu'à présent, M. GÉRARD la considère comme donnant de bons renseignements sur l'état du foie.

Un cas d'eclampsie

M. **Delbecq** (de Gravelines) présente un mémoire sur ce sujet (*sera publié*).

Hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta Traitement par la méthode de Braxton-Hicks

M. **Oui** lit une observation sous ce titre (*sera publiée*).

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

La guérison de la Morphinomanie sans souffrance, par le docteur Oscar JENNINGS, *traduit de l'anglais par M. Albert Ball.* — A. Maloine, libraire-éditeur, 23-25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un volume in-18 cartonné : 4 francs.

Pour qui sait les difficultés que rencontre ordinairement le praticien dans la cure de la morphinomanie et des malaises qui en découlent, cet ouvrage sera un guide des plus précieux.

Se basant avant tout sur une expérience approfondie, sur des observations multiples qu'il relate, du reste, en substance, l'auteur n'a pas négligé les notions physiologiques qui pouvaient lui être utiles; en sorte qu'il nous donne un traitement rationnel dont il a contrôlé et apprécié les résultats.

Il condamne, bien entendu, la méthode dite rapide, sauf pour certains cas exceptionnels. Il n'exige de ses malades ni contrainte ni séquestration. C'est par une rééducation de la volonté qu'il procède dans la cure « sous souffrance » de la « manie » dont il s'agit : « C'est la meilleure garantie, dit-il, contre les rechutes. La séquestration laisse chez ces malades une sorte de suggestion latente, et il leur semble impossible de résister seuls aux besoins de retour qui, de l'aveu même de ceux qui prônent cette méthode, se produisent sûrement. »

Quant au traitement médicamenteux, il s'adresse aux malaises que crée l'état de besoin, et l'expérience de l'auteur lui a montré que celui-ci est augmenté par la défaillance du cœur, l'hyperacidité stomacale et générale, et l'irritabilité nerveuse ou faiblesse irritable; de là, des médications appropriées.

Enfin, en ce qui concerne la réduction de la morphine elle doit être suffisamment lente pour assurer, avec les autres moyens employés, la suppression de toute souffrance. Une des pratiques importantes à ce dernier point de vue est, suivant l'auteur, la substitution d'injections rectales à doses progressivement croissantes, aux injections hypodermiques décroissantes.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Le Costume du Médecin

A cette époque de l'année scolaire, où les Universités créent un grand nombre de docteurs, il n'est pas indifférent de rappeler que les professeurs de Faculté n'ont pas, parmi les médecins, le monopole d'une tenue officielle. Alors que les médecins sanitaires sur leurs paquebots les médecins de marine, de l'armée de terre et de l'armée coloniale ont des uniformes distinctifs, le médecin civil, s'il ne fait pas partie du corps enseignant de l'Université, n'aurait rien qui pût le distinguer de l'épicier endimanché ou du rentier cossu ? Cette hypothèse n'est pas admissible en France, pays très hiérarchisé et pourvu d'un respectable arsenal de règlements et décrets. Il existe, en effet, un uniforme officiel du docteur en médecine : ce n'est point, comme on pourrait le croire, la toge noire que nous avons tous endossée pour la soutenance de thèse. Cette robe noire n'est que l'enveloppe de la chrysalide qui, une fois en possession du parchemin, pourra revêtir l'éclatante livrée du papillon médical. A l'encontre de ses confrères militarisés, le docteur en médecine revêtu de son éclatante tenue ne porte point l'épée au côté, mais il n'en sera que plus fier, car, drapé dans sa toge écarlate, il pourra proclamer le fameux « Cedant arma togæ ».

Voici d'ailleurs le texte exact de l'article 2 du décret du 20 brumaire an XII, *décret non abrogé*, qui fixe l'uniforme des médecins et les conditions dans lesquelles ils peuvent le revêtir.

« Article 2. — Les simples docteurs en médecine, lorsqu'ils seront invités à quelque cérémonie publique et lorsqu'ils prêteront serment, feront ou affirmeront quelque rapport devant les tribunaux, pourront porter le costume qui suit :

» Robe noire d'étamine, avec dos et devant de soie cramoisie, bordée d'hermine, habit noir à la française, cravate de batiste tombante, toque en soie cramoisie avec galon d'or. »

(Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux).

MOTS DE LA FIN

X... a un oncle dont il attend l'héritage, mais le vieux persiste à vivre, ce qui arrache à l'héritier ce cri du cœur :

Ce n'est pas un oncle ordinaire, c'est un *oncle incarné.*

(Marseille médical).

NOUVELLES & INFORMATIONS

L'Institut Pasteur communique au **Comité central de vaccine du département du Nord** les résultats des vaccinations effectuées avec le vaccin fourni par cet établissement pendant l'année 1901 et pendant l'année 1902 jusqu'au premier juillet.

Pendant l'année 1901, il a été préparé et distribué gratuitement 39.396 tubes de vaccin.

Du premier janvier 1902 au premier octobre, il en a été préparé et distribué gratuitement 98.641 tubes.

Le relevé des bulletins de vaccinations transmis à l'Institut par les médecins et sages-femmes qui indiquaient en même temps les numéros d'origine du vaccin employé et le nombre d'insertions effectuées sur chaque sujet, ont fourni les chiffres suivants :

Pour l'année 1901 : En première vaccination, sur 3.475 contrôles, 3.163 succès, soit 89,47 0/0 de succès. En revaccination, sur 3.024 contrôles, 1.573 succès, soit 52,06 0/0 de succès.

Du premier janvier au premier juillet 1902 : En première vaccination, sur 4.336 contrôles, 3.959 succès, soit 91,30 0/0 de succès. En revaccination, sur 8.363 contrôles, 4.557 succès, soit 54,48 0/0 de succès.

Aucun accident imputable à ces vaccinations n'a été signalé.

Toutes les génisses qui ont été utilisées pour la production du vaccin ont été soumises préalablement à l'épreuve de la tuberculine. Le vaccin n'a été distribué qu'après que ces animaux ont été reconnus indemnes de tuberculose, et qu'après que son efficacité a été contrôlée efficacement.

Il importe que les médecins, sages-femmes et le public soient informés que les délivrances de vaccin sont toujours gratuites.

UNIVERSITÉ DE LILLE

— Les **vacances du jour de l'an** ont été fixées par le Conseil de l'Université à la semaine comprise entre les dimanches 28 décembre et 4 janvier 1903.

— Il ne paraîtra pas trop tard pour indiquer les récompenses qui ont été décernées à l'Université de Lille et à nos collègues de la Faculté de médecine, en raison de leur participation importante à l'**Exposition de Lille**.

Le jury supérieur a accordé un grand prix à l'Université pour l'ensemble de ses expositions partielles. D'accord avec le Conseil général du Nord, le même jury supérieur a décerné, en outre, une médaille d'or à l'Université également. Dans sa dernière séance, le Conseil de l'Université a enregistré officiellement l'annonce de ces deux récompenses et les a reçues avec reconnaissance.

Le jury supérieur a également accordé à MM. les professeurs Castiaux et Lambling un diplôme de médaille d'or pour leur exposition particulière ; M. le professeur Castiaux avait exposé de magnifiques radiographies, M. le professeur Lambling des corps chimiques nouveaux. Nous adressons à nos excellents collègues toutes nos félicitations pour ces distinctions méritées.

— Le dimanche 30 novembre, a eu lieu à l'Institut des sciences naturelles de la Faculté des sciences de Lille, une imposante cérémonie en l'honneur du **cinquantenaire de l'entrée dans l'Université** de M. Gosselet, professeur de géologie. M. Gosselet a été trop intimement lié à la vie universitaire de notre ville pour que l'*Echo Médical* du Nord ne signale pas les honneurs qui furent rendus en ce jour à l'un des plus anciens professeurs, à l'un des doyens de l'Université.

Présidée par M. le recteur, la cérémonie fut digne de l'homme que l'on fêtait ; la science s'y coudoyait avec l'industrie et il paraissait que M. Gosselet avait réellement annexé la Belgique, tant les personnages officiels belges étaient nombreux, représentant les corps scientifiques de cette nation. De nombreux discours, de nombreuses adresses venues de tous les points de la France et de tous les points du globe, glorifiant le maître, sa probité, son amour de la science, ses conceptions géologiques qui ont fait la fortune du Nord de la France et de tous les bassins houillers, furent lus et prononcés, auxquels M. Gosselet répondit avec une émotion contenue et un merveilleux à propos.

La Faculté de médecine de Lille, parmi laquelle M. Gosselet compte de nombreux admirateurs, dont quelques-uns sont même ses élèves, était représentée à cette cérémonie par son doyen et par MM. les prof. Lescœur, Wertheimer, Surmont, Calmette, Carlier, Bédart, Gérard (G.).

Toujours vert, M. Gosselet était entouré de sa famille, dont le fils et le gendre, le Dr Leduc (de Tourcoing), appartiennent au corps médical de la région ; et à le voir dans le musée géologique que l'on inaugurait après la cérémonie, personne n'eût dit que cette fête de son cinquantenaire marquait aussi, cruelle nécessité hélas ! son admission à la retraite.

Soutenances de Thèses

M. E.-O. Delvart, de Rebecque (Pas-de-Calais), a soutenu avec succès, le mercredi 10 décembre 1902, sa thèse de doctorat intitulé : **Le paramyoclonus multiplex chez l'enfant**.

M. C.-J.-L.-A. Boutrois, de Grandcamp (Calvados), a soutenu avec succès, le vendredi 12 décembre 1902, sa thèse de doctorat intitulée : **Les établissements hospitaliers et l'assistance médicale à Saint-Quentin avant la Révolution.**

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Amiens. — M. le docteur Pruvost, prosecteur d'anatomie, est chargé, en outre, pour un an, des fonctions de suppléant d'anatomie et de physiologie.

Besançon. — M. Secrétant, pharmacien de 1re classe, licencié es-sciences physiques et es-sciences naturelles, est institué, pour neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie en matière médicale.

Clermont. — Est rapporté l'arrêté nommant M. le docteur CAVALIÉ, agrégé des facultés, professeur d'anatomie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

Dijon. Un concours s'ouvrira le 28 mai 1903, devant la Faculté de Lyon, pour un emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

Lyon. — M. le docteur POLLOSSON, agrégé, est chargé, pour dix ans, à dater du 1er novembre 1902, d'un cours complémentaire de clinique annexe des maladies des femmes, en remplacement de M. LAROYENNE, décédé.

Nancy. — M. le docteur MICHEL est nommé, pour un an, chef des travaux de laboratoire de chimie des cliniques.

Toulouse. — M. le docteur DESFORGES-MÉRIEL est nommé, pour un an, chef des travaux de médecine opératoire.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Sont nommés *Officier* : M. le docteur BERTRAND, médecin de 1re classe de la marine ; *Chevaliers* : MM. les docteurs BARTHÉLEMY et MICHEL, médecins de 1re classe de la marine, ARTIGUES, médecin-major de 1re classe au 153e d'infanterie à Toul.

Instruction publique. — Est nommé officier de l'instruction publique M. GUILLOZ, chef de travaux à la Faculté de médecine de Nancy.

Dons et Legs

M. VALANCOURT a légué sa fortune à l'Assistance publique, à charge par elle d'édifier une clinique qui sera affectée à la Faculté de médecine de Paris.

— **Prix Nobel.** — Le prix NOBEL pour 1902 (100.000 fr.) pour la médecine sera attribué cette année, au médecin-major Roos, de l'Ecole de médecine pratique de Liverpool, pour ses travaux personnels et ceux de l'Ecole en général sur la malaria.

Notre Carnet

Le docteur M. GALLOIS, de Lille, nous fait part de la naissance de sa fille MAGDELEINE. Nous adressons à notre distingué confrère nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs NOMNES, de Saint-Julia (Haute-Garonne ; BONTEMPS, médecin militaire ; BONSIRVEN, de Graulhet (Tarn).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

48e et 49e SEMAINE, DU 23 NOVEMBRE AU 6 DÉCEMBRE 1902

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	9
3 mois à un an	8	12
1 an à 2 ans	9	4
2 à 5 ans	10	6
5 à 10 ans	2	6
10 à 20 ans	4	1
20 à 40 ans	17	17
40 à 60 ans	22	24
60 à 80 ans	20	19
80 ans et au-dessus	9	9
Total	107	107

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	1	»	»	1	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6	10	11
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	11	1	»	»	»	»	»	2	4	1	»	»	»	4	1	»	»	1	»	14	39	31
Moulins, 24,947 hab.	3	»	»	»	»	1	»	»	2	1	5	»	»	3	»	»	»	»	»	10	25	35
Wazemmes, 36,782 hab.	24	»	»	»	»	»	»	1	4	1	3	»	»	3	»	»	»	»	»	11	46	48
Vauban, 20,381 hab.	5	»	»	1	»	»	»	4	»	2	1	»	»	2	»	»	»	»	»	2	16	17
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	7	»	»	»	»	»	»	4	»	»	1	»	»	4	1	»	»	»	»	18	37	26
Esquermes 11,381 hab.	5	»	»	»	»	»	1	»	1	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	5	14	13
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	1	1	1	»	1	»	»	3	8	15
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	6	10	19
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2
Sud, 5,908 hab.	4	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	8	6
Total	60	1	»	2	»	2	1	13	13	7	13	»	1	21	3	»	1	1	»	76	214	213

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 310. Sixième Année. N° 51. Le Numéro : 10 centimes. 21 Décembre 1902

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE DERMATO-SYPHILIGRAPHIQUE

Blennorrhagie compliquée (épididymite, déférentite, rhumatisme)

par le professeur **Charmeil** (1)

Messieurs,

Le malade qui va faire l'objet de cette leçon ne présente dans son histoire pathologique et dans la succession des symptômes qui se sont déroulés chez lui rien de très rare ou de spécialement intéressant, mais il va me permettre de faire devant vous un exposé rapide des complications les plus usuelles de la blennorrhagie, et nul sujet n'est d'application plus journalière.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans qui, après un coït pratiqué le 18 octobre dernier, éprouva trois ou quatre jours après les signes d'une blennorrhagie au début. Jusqu'alors il avait toujours joui d'une excellente santé, et l'observation clinique, recueillie par mon interne, M. Gellé, ne note non plus rien dans ses antécédents pathologiques héréditaires qui mérite une mention spéciale. Tout au plus, en examinant le malade peut-on se rendre compte qu'il est nerveux, impressionnable, entaché d'un peu d'hystéricisme.

Sa blennorrhagie ne se montra pas particulièrement aiguë dans les premiers jours ; il ne changea rien à ses habitudes, et ne se surmena pas d'une façon spéciale. La thérapeutique fut nulle. Le 30 octobre, c'est-à-dire une douzaine de jours après le début de sa blennorrhagie, le malade commença à ressentir quelques douleurs le long du trajet inguinal et dans le testicule du côté droit. Peu à peu, ces douleurs s'accusèrent en même temps que s'installait une tuméfaction de la partie droite, et le malade vint se présenter à notre consultation le 4 novembre.

Au moment de l'examen, nous trouvions tous les signes d'une épididymite blennorhagique du côté droit, signes que nous décrirons tout à l'heure plus en détail. En même temps, dans l'aine droite, se montrait une tuméfaction cylindrique, du volume d'un porte-plume, que nous rapportions à l'existence d'une déférentite.

Depuis l'apparition de cette complication, l'écoulement aurait sensiblement diminué ; il existe quelques phénomènes du côté de l'état général, de l'inappétence, de la constipation ; la langue est chargée, la peau chaude et le pouls un peu rapide ; bref, signes d'un état fébrile peu accentué.

Nous recevons le malade dans le service, et le traitement consiste tout simplement dans le repos au lit, l'immobilisation des bourses dans un suspensoir ouaté qui les comprime légèrement, l'administration de tisane salicylée et bicarbonatée à la dose d'un gramme de salicylate et de deux grammes de bicar-

(1) Leçon faite à l'hôpital St-Sauveur, le 6 décembre 1902.

bonate de soude pour un litre de tisane à absorber dans les vingt-quatre heures. Tous les deux jours, purgatif salin léger.

Sous l'influence de ce traitement, une amélioration rapide se manifesta du côté de l'épididyme, mais la déférentite s'accusa et le canal déférent du côté gauche fut atteint à son tour. Le 13 novembre, l'épididyme gauche se tuméfiait légèrement, mais les choses rentrèrent rapidement dans l'ordre, et le malade, à peu près remis, songeait à nous demander son exeat quand, le 25 novembre, il accuse un peu de fièvre, et des douleurs vagues, plus accusées au niveau du genou droit et de la main gauche.

Deux jours après, il présentait une tuméfaction très notable du dos de la main gauche, avec gêne et douleur des mouvements d'extension de la main sur le poignet. L'examen pratiqué dénote l'existence d'une synovite des tendons extenseurs et du tendon du long abducteur du pouce. Le gonflement est notable, la peau rouge, comme empâtée; les articulations de la main et du poignet paraissent indemnes.

Peu de retentissement du côté de l'état général; la température centrale ne dépasse pas 37,7.

La main du malade est immobilisée dans une gouttière et on pratique localement un peu de révulsion. Les jours suivants, l'amélioration s'accuse et, le 13 décembre, le malade quittait l'hôpital.

En résumé, nous avons donc eu affaire avec un cas de blennorrhagie compliquée de déférentite, d'épididymite et de rhumatisme, sous forme de synovite.

Parmi les complications de la blennorrhagie, l'épididymite figure incontestablement au premier rang par sa fréquence ; ce n'est pas que cette fréquence soit très facile à évaluer en chiffres et, pour s'en rendre compte, il n'y a qu'à parcourir les statistiques publiées par les différents auteurs : en ce qui concerne la clientèle hospitalière, alors que Tarnowski, sur plus de 5.000 blennorrhagies, ne note l'épidydimite que dans 12,2 °/₀ des cas, Rollet, sur 2.500 observations, arrive à un pourcentage de tout près de 28 °/₀. Ces chiffres donnent assurément une idée infiniment exagérée de la fréquence de l'épidymite et témoignent simplement que ce sont surtout les blennorrhagiens affectés de chaudepisse compliquée qui demandent leur admission à l'hôpital ou qui, plus simplement, viennent réclamer une consultation dans une polyclinique hospitalière. Il est bien évident que l'immense majorité, ou se contente de traiter leur chaudepisse par le mépris, ou va demander des conseils dans la première officine venue.

Dans la clientèle de cabinet, le pourcentage est beaucoup moins élevé; c'est ainsi que Bergh donne le chiffre de 7,5 °/₀ des cas. Là encore, il existe une évidente exagération : pour se rendre compte de la fréquence vraie de l'épididymite, je ferai appel à votre propre expérience : il me paraît indiscutable que la grande majorité des étudiants, au cours de leurs années d'études, paient au moins une fois leur tribut au gonocoque ; or, interrogez vos souvenirs et vous verrez que, parmi vos camarades, sur tant de blennorrhagiens, l'immense majorité a échappé à l'épididymite.

On a accusé l'exercice musculaire, les marches, la danse, etc., etc., d'être dans la grande majorité des cas les causes de la complication épididymaire ; cela est souvent vrai, mais il faut aussi savoir qu'avec la plus scrupuleuse hygiène, en portant dès le début des accidents uréthraux un suspensoir bien appliqué, on n'est pas sûr de se mettre à l'abri.

Notre malade a vu les premiers symptômes de sa complication apparaître une douzaine de jours après le début de sa chaudepisse ; il s'est ainsi tenu dans la moyenne ; les statistiques totalisées de plusieurs auteurs montrent en effet que, sur 1.015 cas d'épididymite, celle-ci s'est montrée 622 fois entre la deuxième et la cinquième semaine après l'infection. Mais cette complication peut être beaucoup plus précoce ou infiniment plus tardive.

Bergh a vu deux fois l'épididymite précéder l'écoulement et mon collègue Patoir a rapporté une observation où la chaudepisse, tout-à-fait insignifiante, précéda de deux ou trois jours la complication.

Quant à la date extrême à laquelle une blennorrhagie, cliniquement mais non bactériologiquement guérie, peut encore donner lieu à une épididymite, il est difficile de préciser. Qu'il nous suffise de signaler les observations de Fournier dans lesquelles une chaudepisse latente depuis 2, 3, dans un cas même 7 ans, a pu occasionner la complication. C'est pour désigner ces séquelles à longue échéance qu'Augagneur proposait d'employer le terme de « Testicule blennorrhagique tardif. »

Si, dans bon nombre d'observations, l'intensité du processus blennorrhagique initial a paru une condition favorable aux complications épididymaires, on peut voir, comme dans les deux observations de Patoir, une chaudepisse si bénigne, qu'elle était ignorée du porteur, se compliquer d'épididymite. On conçoit que le diagnostic risque de s'égarer dans ces conditions, et il faudra toujours pratiquer l'examen microscopique du suintement uréthral et, à son défaut, des

filaments qui seront chassés par le premier jet d'urine, après que l'on aura laissé se distendre la vessie par l'urine pendant toute une nuit.

Fréquemment, on note comme chez notre malade, que, au moment de l'apparition de la complication, l'écoulement tend, sinon à disparaître, du moins à devenir très sensiblement moins abondant. C'est même cette observation qui avait donné lieu à la conception des « métastases blennorrhagiques ». Quelle explication peut-on donner de ce fait? Voici celle qui est fournie par H. WARD dans son rapport au congrès de 1900: toute extension du processus gonorrhéique implique une prolifération microbienne et, par suite, une augmentation dans la quantité de toxines sécrétées ; quand l'infection envahit l'épididyme, il se produit de la part des toxines qui y sont sécrétées un appel chimiotactique qui fait affluer les leucocytes, d'où une véritable dérivation aux dépens, en quelque mesure, de l'urèthre.

Quant aux caractères cliniques de la fluxion épididymaire, ils étaient parfaitement réalisés chez notre malade : scrotum tuméfié du côté malade, rougeur de la peau et chaleur à ce niveau ; à sa partie inférieure, le testicule est adjacent à une tuméfaction dure, très sensible, en forme de cimier, tuméfaction séparée de la glande elle-même par une sorte de sillon aisément appréciable.

Si l'on suivait la tuméfaction de bas en haut, on voyait qu'elle rejoignait, au niveau de la tête de l'épididyme, une partie cylindrique dure, de la dimension d'un porte-plume, qui s'engageait dans le canal inguinal et qui n'était autre que le canal déférent. Au niveau du pli de l'aine, le cylindre acquérait un volume plus considérable, si bien que l'on pouvait affirmer que l'inflammation s'était propagée aux autres éléments de cordon et que l'on avait à faire non plus seulement à de la déférentite, mais encore à de la funiculite.

Cette association est fréquente ; on devrait même supposer que, toujours, l'épididymite a dû être précédée de déférentite, puisque, dans l'infection ascendante partie de l'urèthre membraneux, l'agent infectieux a dû fatalement parcourir le canal déférent pour se fixer sur l'épididyme. On pourrait se demander si le canal déférent n'offre pas au gonocoque une résistance particulière, car il n'est pas douteux que, journellement, on voit des épididymites qui ne s'accompagnent pas de déférentite appréciable : c'était le cas, dans les deux tiers environ, des 1.342 observations réunies par SIGMUND. On peut se demander également si le canal déférent ne pourrait pas être atteint d'inflammation légère sans que celle-ci fût cliniquement appréciable à cause de l'épaisseur des parois du canal.

Dans des observations rares, le canal déférent ou le cordon seul était pris sans que l'épididyme participât à l'inflammation ; le cas le plus curieux est celui d'un malade chez lequel on avait pratiqué, pour tuberculose testiculaire, la castration double, qui, néanmoins, contracta une blennorrhagie, laquelle fut suivie d'une inflammation très nette du cordon au-dessus du point de section.

Dans la majorité des cas d'épididymite, il existe une vaginalite facilement décelable et amenant une tuméfaction très considérable de la bourse correspondante. La quantité de liquide n'est aisément appréciable que quand elle atteint une cinquantaine de grammes. Chez notre malade, il ne paraissait pas qu'il y eût un épanchement dans la vaginale.

Les phénomènes réactionnels de l'épididymite et de la funiculite sont à la fois généraux et locaux. La fièvre est très variable et ne dépasse pas le plus souvent 38°5 à 39°. J'ai eu personnellement l'occasion de soigner, il y a quelques années, un jeune homme qui, pour une épididymite notable, mais non compliquée d'autre part, eut pendant six jours une fièvre qui oscilla autour de 40°. Chez notre malade, l'élévation de la température a été insignifiante pendant son séjour à l'hôpital.

Localement, ce que le malade éprouve avant tout, ce sont des phénomèmes douloureux. Cette douleur, assez variable dans son intensité, mais toujours notable, est parfois atroce. Dans bon nombre de cas, elle semble en rapport avec une distension rapide de la tunique vaginale quand celle-ci participe à l'inflammation ; et il suffit alors de pratiquer une ponction avec une aiguille de Pravaz pour assister à la disparition subite des manifestations douloureuses. C'est surtout dans les premiers jours, alors que le gonflement est dans sa période d'augmentation que la douleur est le plus vive ; puis elle s'atténue peu à peu et il suffit d'immobiliser le testicule grâce à un bon suspensoir ouaté pour que le malade puisse se lever, sinon reprendre ses occupations.

Dans la grande majorité des cas, l'épididymite reste

unilatérale ; une fois sur 30, environ, d'après Hardy, l'autre côté se prend. Dans ces cas, les atteintes sont successives et presque jamais simultanées.

La gravité de l'épididymite double résulte surtout de ce fait que le testicule, séparé par les exsudats inflammatoires de ses voies normales d'excrétion, ne peut plus déverser au dehors le sperme élaboré; et l'on conçoit que si la lésion est double, il pourra s'en suivre une infécondité complète. Dans une statistique empruntée à différents auteurs, Finger note que, en réunissant de la sorte 85 cas d'épididymite double, on n'aurait pu constater le retour des spermatozoïdes que dans 9 cas seulement, les 76 autres ayant abouti à l'aspermatisme. Cette infécondité est-elle permanente et, à la longue, les voies oblitérées ne retrouvent-elles pas leur intégrité ? C'est vraisemblable pour un certain nombre de cas, et personnellement nous avons pu suivre un de nos camarades qui, s'étant marié dans l'année qui suivit une épididymite double, n'eut pas d'enfants pendant les trois premières années de son mariage et ne féconda sa femme que la quatrième année.

Le diagnostic de l'épididymite blennorrhagique est aisé dans la grande majorité des cas, surtout si l'on s'en tient aux caractères objectifs si particuliers de la lésion et si l'on ne se contente pas, pour éliminer le diagnostic, des dénégations du malade au point de vue des antécédents blennorrhagiques, antécédents qu'il a pu parfaitement oublier s'ils remontent à plusieurs années.

Quant au traitement, dans les cas peu intenses, comme chez notre malade, on pourra se contenter du repos au lit, de l'immobilisation des bourses et d'un peu de dérivation intestinale à l'aide de purgatifs salins. Dans les cas plus intenses, l'application de la glace, les badigeonnages gaïacolés recommandés par Balzer, parfois une émission sanguine locale à l'aide d'une dizaine de sangsues placées non sur le scrotum, mais le long du trajet inguinal, soulageront très sensiblement le malade. Enfin, l'emploi d'analgésiques nervins, tels que l'antipyrine, pourra souvent rendre des services.

La seconde complication dont a été atteint notre malade, à savoir la synovite des gaines des tendons extenseurs de la main, est une manifestation qui ressortit à ce que l'on décrit sous le nom générique de « rhumatisme blennorrhagique ».

Les formes du rhumatisme blennorrhagique peuvent, en dehors de celle présentée par notre malade, affecter les modalités suivantes :

1° La forme polyarticulaire aiguë ; cette forme est celle qui a donné lieu aux discussions les plus vives sur la nature du rhumatisme blennorrhagique, discussions dont la plus célèbre fut celle soutenue à la Société médicale des Hôpitaux de Paris en 1866. On discutait surtout sur le point de savoir si la blennorrhagie était bien la cause immédiate du rhumatisme ou si elle ne mettait pas seulement en jeu une prédisposition au rhumatisme ; autrement dit, était-elle la cause efficiente ou la cause simplement provocatrice des arthropathies ? On devait discuter de longues années, et ce sont, en somme, les recherches microbiologiques qui ont donné sans conteste possible raison aux auteurs qui soutenaient la nature proprement blennorrhagique de l'affection.

Dans un certain nombre de cas, la distinction clinique n'est pas très aisée ; le plus souvent, le nombre des articulations atteintes est moindre dans le rhumatisme blennorrhagique ; la fièvre, moins vive, ne dépasse guère 39° ; les douleurs sont moins intenses ; les sueurs profuses, si frappantes dans le rhumatisme aigu franc, ne se montrent pas ; enfin, le sang n'offre pas le caractère si remarquablement couenneux sur lequel Hayem et ses élèves ont insisté. Enfin, dernière pierre de touche, le salicylate de soude ne jouit pas vis-à-vis du rhumatisme blennorrhagique des puissantes qualités thérapeutiques qui l'ont élevé à la dignité de médicament spécifique du rhumatisme articulaire aigu.

Dans un certain nombre d'observations, on voit le rhumatisme blennorrhagique soit d'emblée, soit consécutivement, affecter une forme subaiguë, voire même chronique ;

2° Rhumatisme blennorrhagique mono-articulaire. Souvent, le genou est atteint. Dans quelques cas, on a vu la suppuration de l'article ; plus fréquemment, le passage à une forme chronique plastique, aboutissant parfois à une véritable ankylose fibreuse ;

3° La forme arthralgique, sur laquelle Fournier a surtout appelé l'attention ; il s'agit dans l'espèce de douleurs sans arthrite à proprement parler, douleurs tantôt fixes, tantôt mobiles et d'intensité variable ;

4° L'hydarthrose, qui se développe sournoisement, sans grands phénomènes réactionnels, a le genou pour siège de prédilection et amène, suivant la quantité du

liquide épanché dans l'article, une gêne plus ou moins grande ;

5° Enfin, la polyarthrite déformante progressive, ou pseudo-noueuse, siégeant de préférence dans les petites articulations et donnant volontiers aux doigts une déformation décrite par FOURNIER sous le nom expressif de « doigt en radis ».

Le rhumatisme blennorrhagique, dans ses diverses manifestations peut atteindre les malades à tout âge, et les femmes ne possèdent pas à son égard l'immunité que, pendant longtemps, on a cru leur reconnaître ; FOURNIER a insisté sur la nécessité, quand une arthropathie évolue chez la femme avec des caractères cliniques qui feraient soupçonner l'influence blennorrhagique, d'examiner de très près les localisations habituelles du gonocoque dans la sphère génitale, et, de la sorte, on le décélera assez communément : chez la femme, le type monoarticulaire se rencontre fréquemment, et AUVERGNIOT, dans sa thèse, a pu en réunir 111 observations.

Chez l'enfant, la localisation de l'infection en dehors de la sphère génitale, dans les cas d'ophtalmie blennorrhagique, n'est pas un obstacle à l'évolution du rhumatisme blennorrhagique ; qu'il nous suffise de citer les deux observations de DEUTSCHMANN, qui montrent deux enfants âgés de quelques semaines être affectés de la sorte.

La fréquence du rhumatisme blennorrhagique par rapport au nombre total des blennorrhagiens est impossible à évaluer à raison des mêmes motifs que ceux que nous avons signalés à propos de l'épididymite ; aussi les chiffres donnés par différents auteurs n'ont-ils qu'une valeur relative : ils varient de un cas de rhumatisme pour 60 blennorrhagies (FOURNIER), à 10 pour cent (BOND).

Au point de vue de la prédisposition que les rhumatisants vrais offriraient à l'évolution des arthropathies blennorrhagiques, il ne semble pas que les observateurs récents confirment ce qu'avaient écrit leurs devanciers : c'est ainsi que JACQUET a, dit-il, soigné à l'hôpital Beaujon un malade entré pour un rhumatisme articulaire aigu franc. Cet homme en était à sa dix-septième atteinte ; il en avait une presque périodiquement tous les ans, d'octobre à janvier ; il n'y eut guère qu'une exception, pour une année, où, vers cette époque, il avait contracté une chaudepisse. MOREL-LAVALLÉE déclare de son côté que, quand des anciens rhumatisants vrais viennent à être atteints d'arthropathies blennorrhagiques, ils sont moins exposés que d'autres aux formes graves, monoarticulaires, plastiques et ankylosantes, et présentent plutôt la forme polyarticulaire bénigne diffuse, dite arthralgique.

La date d'apparition du rhumatisme blennorrhagique, par rapport au début de la blennorrhagie causale, est fort variable : chez notre malade, quatre semaines environ s'étaient écoulées. D'après FINGER, « il semble assez certain que le rhumatisme blennorrhagique complique de préférence les vieilles gonorrhées plutôt que les cas récents », et pourtant GRIFFON a rapporté une observation dans laquelle un jeune homme de 23 ans fut tout d'abord atteint d'une synovite tendineuse des muscles extenseurs de la jambe, et chez lequel l'uréthrite spécifique qui donnait la clef de cette manifestation n'apparut qu'au bout de quelques jours. Dans un autre cas, BALZER fait avorter tout à son début une blennorrhagie par le nitrate d'argent, et, dans la même semaine, apparaît un rhumatisme qui présenta tous les caractères de l'infection blennorrhagique.

Comment agit le gonocoque pour provoquer le rhumatisme blennorrhagique ? On a incriminé tour à tour le gonocoque lui-même, ses toxines et les microbes associés au gonocoque. Cette dernière théorie a joui d'une grande faveur il y a quelques années, et JULLIEN déclarait en propres termes à la Société de dermatologie en 1890 que : « On ne défend presque plus la nature gonococcique du rhumatisme blennorrhagique, mais on tend généralement à admettre que des microbes pyogènes sont absorbés au niveau de l'urèthre malade et vont infecter les articulations, qu'il s'agit en un mot d'une infection secondaire. »

Une technique meilleure dans les recherches bactériologiques a modifié les conceptions et on tend à admettre que, dans la grande majorité des cas, c'est bien le gonocoque directement présent dans l'articulation malade qui occasionne les accidents. Dans une toute récente statistique, UNGER insiste sur les défauts de technique qui ont empêché des constatations positives, soit dans les articulations, soit dans le sang circulant.

En terminant, je désire insister sur la récidive très fréquente des manifestations articulaires à chaque nouvelle blennorrhagie ; les observations sont nombreuses où l'on voit non seulement se répéter, mais encore s'aggraver les accidents rhumatismaux à chaque récidive. Bien mieux, chez d'anciens rhumatisants blennorrhagiques, il suffit parfois d'une

fatigue, surtout d'un coït, pour ramener immédiatement les douleurs. FOURNIER a rapporté l'observation d'un de ses malades chez lequel l'exercice de la fonction sexuelle était immanquablement suivi d'une crise douloureuse dans les jointures, qui l'obligeait à s'aliter le lendemain.

Le traitement pourra tout d'abord s'adresser à l'infection causale : les auteurs divergent du reste sur l'influence de la disparition de l'écoulement au point de vue de la cure de la manifestation rhumatismale. Mon collègue, le professeur CARLIER, s'en est loué dans la thèse d'un de ses élèves, tandis que FOURNIER déclare que la disparition de la blennorrhagie n'a dans l'espèce que peu d'importance.

Le traitement interne, nous l'avons déjà signalé, n'est que trop souvent inefficace. L'antipyrine, les salicylates, l'enveloppement des jointures avec onction au salicylate de méthyle, pourront néanmoins être employés. Le traitement mercuriel qui a été préconisé par MOREL-LAVALLÉE ne semble pas avoir tenu ses promesses.

Reste la thérapeutique locale qui réalisera d'abord l'immobilisation des jointures atteintes ; les révulsifs sous forme de vésicatoires volants, de teinture d'iode, de cautérisations ponctuées au thermo-cautère pourront rendre ensuite d'indiscutables services.

Enfin, quand la période aiguë sera passée, le massage, des mouvements doux et progressifs rendront aux parties la mobilité qu'elles avaient perdue.

Consultations Médico-Chirurgicales

Lithiase biliaire non compliquée

Professeur H. SURMONT.

Le diagnostic de la lithiase biliaire se fait : 1) d'une façon positive par la découverte de cholélithes dans les selles, que cette découverte soit fortuite, ce qui est rare, ou, au contraire, consécutive à des recherches méthodiques, instituées sur le conseil du médecin : 2) par l'examen clinique seul et en particulier par l'existence de coliques hépatiques dans les cas nombreux où la recherche dans les garde-robes, mal faite ou insuffisamment prolongée, est infructueuse.

INFORMATIONS CLINIQUES. — I. Avec ses douleurs caractéristiques, accompagnées ou non de vomissements, la décoloration des garde-robes et l'ictère consécutif, la *colique hépatique classique* est la forme qui se rencontre le plus rarement dans la pratique.

1° L'absence d'ictère et la présence de modifications dans les caractères classiques de la douleur constituent les *coliques hépatiques frustes*. Elles se présentent sous forme de crampes d'estomac, survenant de deux à trois heures après le repas, suivant l'importance et la composition de celui-ci, et qu'il importe de différencier des crises de l'hyperchlorhydrie : elles se présentent encore sous la forme plus atténuée de douleurs sourdes avec exacerbations après les repas, difficiles à définir pour le patient, ayant leur siège, soit au niveau de la vésicule (point cystique), soit au niveau de l'épaule droite (point scapulaire). Ces douleurs sont remarquables par leur répétition désespérante, qui les rend presque continues d'apparence. Leur diagnostic est facile quand on les observe chez des malades ayant eu antérieurement des crises typiques, très difficile dans les autres cas. Chez les vieillards, la douleur peut disparaître complètement et l'accès se borner à un frisson et à quelques heures de fièvre.

La colique hépatique peut être fruste par suite de l'absence seule de l'ictère chez des sujets chez lesquels la douleur est au reste atténuée, moyenne ou excessive. Il en est ainsi particulièrement dans la forme vésiculaire, dans laquelle les calculs retombent dans la vésicule après un essai infructueux de mobilisation, sans avoir pu obstruer le cholédoque ; d'où absence de décoloration des selles et d'ictère notable. Ces douleurs vésiculaires intenses ont le privilège d'éveiller facilement les réactions organiques à distance et particulièrement les crises hystériques.

III. Les crises hépatiques peuvent, par leur répétition, devenir subintrantes et constituer un véritable *état de mal hépatique*, que l'on peut voir se prolonger pendant plusieurs mois.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — A l'heure actuelle, la lithiase biliaire doit être considérée comme la conséquence d'un catarrhe lithogène des voies biliaires, particulièrement fréquent chez certains individus dits arthritiques, qui sont, en l'espèce, des prédisposés à l'infection biliaire (cholémie simple familiale) ; ce catarrhe est consécutif à une infection ascendante d'origine intestinale.

Une fois la lithiase constituée, le traitement médical doit se proposer : 1° d'expulser si possible les cholélithes formés ; 2° d'en empêcher la reproduction ; 3° entre temps, d'obvier aux accidents qui sont la conséquence habituelle des migrations calculeuses, en particulier aux coliques hépatiques.

Toutefois, il importe, dans le traitement de la lithiase

simple, de se rappeler, avant toute intervention thérapeutique, combien souvent la lithiase biliaire est latente (1), c'est-à-dire supportée sans réaction pathologique aucune ; en conséquence, pour proportionner l'effort thérapeutique au but à atteindre, il ne faut pas vouloir, envers et contre tout, débarrasser les gens de calculs qui ne les gênent pas ; recommandation d'autant plus importante qu'une thérapeutique intempestive provoque souvent l'apparition de coliques hépatiques dont les patients sont rarement reconnaissants à leur médecin. D'autre part, il faut se rappeler que la lithiase biliaire est une affection avant tout locale et, par conséquent, quand le malade veut être guéri d'une façon radicale ou quand l'intensité des symptômes l'exige, il faut avoir recours au traitement local, seul efficace, c'est-à-dire à l'intervention chirurgicale.

D'ordinaire, le médecin est appelé au moment d'une colique hépatique ; il doit donc intervenir d'abord pour calmer celle-ci, ensuite pour en prévenir le retour.

Colique hépatique

TRAITEMENT. — Les indications à remplir sont : 1) d'abord, de calmer les douleurs ; 2) de calmer le spasme des voies biliaires ; 3) d'expulser, si possible, le calcul en cause.

Calmer la douleur. — Pour calmer la douleur, on aura recours à des moyens dont l'énergie sera proportionnée à l'intensité de la douleur elle-même.

α) *Douleurs peu accusées.* — Contre les douleurs peu accusées, on utilisera le **sirop d'éther**, à prendre par demi-cuillerée à café ou par cuillerée à café, dans un peu d'eau, toutes les deux heures : le **remède de Durande,** autrefois très en vogue (essence de térébenthine, 10 grammes ; éther, 15 grammes), qui se prend, à la dose de 2 à 4 grammes par jour, soit liquide, soit plus commodément sous forme de perles de térébenthine et d'éther, qui sont ingérées à la dose de 6 à 12 par jour, deux perles à la fois, l'une de térebenthine, l'autre d'éther : un mélange à parties égales de sirop d'éther et sirop de morphine ; l'**antipyrine** et le **salophène** en cachets d'un gramme ; enfin, de la **morphine** pure sous forme de gouttes blanches.

β) *Douleurs avec vomissements.* — Si les douleurs sont plus intenses et s'il y a des vomissements, il faut avoir recours, sans hésiter, à des médications plus énergiques et à la voie sous-cutanée. La **morphine** et l'**atropine** se disputent les faveurs du corps médical et les malades qui se déclarent plus satisfaits, les uns du premier médicament, les autres du second. Dans le doute, il est bon se servir toujours d'une solution d'atropo-morphine :

(1) D'après Naunyn, un dixième des hommes et un quart des femmes arrivant à la vieillesse sont atteints de lithiase biliaire.

Sulfate d'atropine	0 gr. 005 milligrammes
Chlorhydrate de morphine. . .	0 gr. 10 centigrammes
Eau distillée bouillie	10 gr.

Solution pour injections hypodermiques, placée dans un flacon stérilisé, à large goulot ; y ajouter un morceau de camphre.

On commencera par injecter un centimètre cube de cette solution, soit un centigramme de morphine et un demi-milligramme d'atropine. On peut ultérieurement doubler la dose d'atropine contenue dans la solution.

Si, comme il arrive fréquemment chez les goutteux, on a affaire à un malade âgé, et dont la résistance cardiaque est affaiblie, on fera précéder l'injection d'atropine et surtout de morphine d'une injection d'éther ou d'huile camphrée.

Il est capital, dans la douleur hépatique, de ne jamais laisser la douleur atteindre une acuité extrême et d'avoir recours immédiatement aux moyens énergiques. La crise semble bien être ainsi écourtée et les complications secondaires évitées en partie.

On peut adjoindre aux médicaments précédents des **applications topiques sédatives**, liniment chloroformique, cataplasmes, ouataplasmes ou compresses tièdes, arrosés ou non de laudanum. Les révulsifs paraissent inutiles. Les grands **bains tièdes** prolongés rendent de grands services.

γ) *Paroxysmes très douloureux.* — Dans certains cas, les paroxysmes douloureux sont tels que la morphine et l'atropine se montrent impuissantes, et l'on peut être obligé d'avoir recours d'une façon momentanée aux inhalations de **bromure d'éthyle, d'éther** ou de **chloroforme**.

Calmer le spasme des voies biliaires. — Calmer le spasme des voies biliaires, qui s'oppose à la progression du calcul migrateur, est la seconde indication à remplir.

On y répond d'abord par l'emploi des médicaments calmants, cités plus haut, qui sont en même temps des antispasmodiques ; ensuite, **en évitant toutes les causes de contraction des voies biliaires.** Il faut donc éviter soigneusement les laxatifs et les purgatifs, surtout ceux qui ont pour résultat de déterminer une contraction énergique des voies biliaires. S'il est nécessaire de provoquer une évacuation de l'intestin, on se contentera de **lavements tièdes** simples ou additionnés de glycérine, de lavements, à la décoction de graines de lin, etc...

L'alimentation aussi doit être surveillée. On sait que, d'ordinaire, les coliques hépatiques surviennent deux à trois heures après les repas, au moment probable du maximum de la chasse biliaire digestive. Il faut donc, après une colique hépatique, laisser le malade d'abord à la **diète hydrique** absolue, pendant quelques heures, pour mettre ses voies digestives au repos, puis lui donner des aliments très légers, aussi peu excitants que possible et de la manière la moins excitante que possible. Il

faut pour cela avoir recours à la méthode des petits repas très répétés, presque continus.

On permettra, en premier lieu, du lait écrémé coupé d'eau, ensuite du lait écrémé pur. Les eaux auxquelles il convient d'avoir recours au premier moment sont l'eau ordinaire (bouillie ou stérilisée quand elle est suspecte), et les eaux faiblement minéralisées d'Evian, de Contrexéville, de Vittel (Grande Source). les eaux alcalines fortes de Vichy, de Vals, doivent être réservées aux lithiasiques qui sont en même temps hyperchlorhydriques, et ils sont nombreux.

L'écrémage du lait doit être absolument complet chez les lithiasiques, qui, comme tous les hépatiques, digèrent mal les graisses. La façon de prendre le lait a aussi une importance considérable. Pour éviter les gros flux de bile, il faut éviter les gros repas : par conséquent, le lait sera ingéré par tasses à thé prises à petites gorgées, à intervalles très rapprochés, par exemple toutes les vingt ou trente minutes. Quand on passera au lait pur, il sera bon de l'additionner d'abord d'eau de chaux, pour éviter la formation de gros caillots de caséine dans l'estomac. Le **repos au lit** doit être conseillé comme adjuvant des moyens précédents.

En résumé : repos complet au lit, applications tièdes sédatives sur le ventre, injection pas trop différée d'atropo-morphine, alimentation très légère, en tous cas continue, lavements tièdes en cas de besoin, telle est la conduite à tenir au premier moment.

Expulser le calcul. — Une fois la crise de coliques passée on essayera *prudemment* d'expulser le ou les calculs par les moyens indiqués au paragraphe suivant.

Lithiase biliaire

A l'heure actuelle, on sait que les substances qui se montrent, « in vitro », capables de dissoudre les calculs, telles que l'éther, la térébenthine, l'éther amy-valérianique, sont tout à fait incapables de le faire « in vivo » ; aussi se borne-t-on à essayer d'expulser les calculs provocateurs de la crise.

L'action des cholalogues doit au reste être interprétée autrement qu'elle ne l'est d'ordinaire. Ils arrivent rarement à augmenter suffisamment la sécrétion biliaire pour qu'il soit logique de penser que le liquide hypersécrété puisse pousser devant lui les calculs obstructeurs ; par contre, l'hypersécrétion biliaire, en régularisant le cours de la bile, débarrasse les voies biliaires des microbes qui les ont envahies, fait rétrograder le catarrhe lithogène et diminuer le spasme consécutif permettant soit l'expulsion, soit la tolérance des calculs ; enfin, continuée après la crise, la médication s'oppose à la stase biliaire et, par conséquent, à des réinfections nouvelles, d'où son utilité dans les périodes intercalaires.

TRAITEMENT. — Le traitement intercalaire aux accès de colique hépatique, ou traitement de la lithiase biliaire, est à la fois médicamenteux, diététique et hydrominéral. Il peut être aussi chirurgical.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX. — Les cholagogues auxquels on a recours d'ordinaire après la crise sont assez nombreux. Nous ne citerons que ceux dont l'efficacité nous est personnellement démontrée.

α) Prise le matin à la dose d'un verre à bordeaux, et continuée plusieurs jours de suite, **l'huile d'olive** jouit d'une grande réputation. Son mode d'action est encore mal expliqué : les amas de graisses neutres et d'acides gras qu'on retrouve dans les selles après son usage ne doivent pas être pris pour des calculs en voie de dissolution. Mais il ne faut pas nier la possibilité d'un mécanisme de ce genre dans le tube digestif. Naunyn, faisant ingérer à un individu sain un mélange de charbon et de calculs de cholestérine broyés, ne retrouve que le charbon dans les selles.

β) Si le malade éprouve trop de répugnance à prendre l'huile d'olives, on peut la remplacer par de la **glycérine** prise chaque matin à la dose de 30 grammes.

γ) L'**extrait de fiel de bœuf** ingéré sous forme de pilules de dix centigrammes s'élimine par les voies biliaires, ramenant une hypersécrétion biliaire que l'on peut qualifier de physiologique. L'essentiel pour obtenir un bon résultat est, en pratique, de l'utiliser frais, les extraits ayant vieilli en droguerie ou dans les officines étant souvent inertes. Le meilleur moyen, surtout à la campagne, paraît être de s'adresser à des spécialités dont la vogue est due uniquement à la fraîcheur des produits employés. Il en existe dans le Nord plusieurs qui sont tout à fait recommandables.

Les pilules d'extrait de fiel de bœuf se prennent à la dose de trois à six par jour, une ou deux avant chaque repas. Il est inutile de dépasser ces doses avec les extraits actifs. Quand on les dépasse, on observe parfois du malaise stomacal et des nausées. Le médicament peut être continué quinze à vingt jours ; il doit être pris quinze à vingt minutes avant les repas, dans un verre d'eau de Vittel (source salée), d'Evian ou de Vichy.

δ) L'hypersécrétion biliaire déterminée par l'extrait de fiel de bœuf donne un liquide qui est expérimentalement et cliniquement très épais, en particulier grâce à la grande quantité de pigments qu'il contient. Pour éviter cet ennui, on peut avoir recours au **salicylate de soude**, dont l'action cholalogue est hors de doute et qui donne une bile beaucoup plus fluide. Une formule dont l'emploi nous a donné toute satisfaction est la suivante :

Salicylate de soude	10 gr.
Phosphoglycérate de soude . .	āā 7 gr. 50
Sirop de quinquina	āā 7 gr. 50
Sirop d'écorces d'oranges amères	150 gr.

à prendre par cuillerées à soupe avant les repas, dans un peu d'eau de Vittel ou de Vichy. Une cuillerée à soupe contient environ 0 gr. 50 de glycérophosphate de soude et 0 gr. 75 de salicylate de soude.

L'addition de glycérophosphate de soude est très avantageuse, étant donnée la dépression nerveuse habituelle chez les lithiasiques qui sortent d'une crise.

Quand on veut, à l'action névrotonique, ajouter une action eupeptique et légèrement laxative, on peut remplacer le glycérophosphate de soude par le phosphate de soude.

Enfin, chez les neurasthéniques, qui sont très sensibles à l'action déprimante du salicylate de soude, ou se plaignent amèrement de bourdonnements d'oreilles, on peut remplacer le salicylate de soude par le salol, qui est souvent mieux supporté :

Salol . . . . } àà 0 gr. 50
Glycérophosphate de chaux . }

Qu'on utilise l'extrait de fiel de bœuf ou la médication salicylée, l'essentiel est de prolonger la cure pendant des mois. La méthode la meilleure consiste à faire des médications d'une dizaine de jours, séparée par des repos de huit à quinze jours, selon les cas.

On peut encore utiliser avec succès les perles **d'huile de Harlem** prises, le soir, à la dose d'une ou deux, un jour chaque semaine. Cette médication, recommandée par M. Chauffard, m'a donné plusieurs fois de bons résultats (1).

TRAITEMENT DIÉTÉTIQUE. — L'hygiène alimentaire a une importance considérable chez les lithiasiques, soit qu'on regarde la lithiase comme facilitée par les altérations de la nutrition générale, soit qu'on la considère comme une infection ascendante des voies biliaires. Les règles alimentaires que l'observation médicale traditionnelle montre utiles à observer chez les lithiasiques trouvent leur action expliquée par l'hypothèse du ralentissement de la nutrition, mais mieux encore, à notre avis, par le fait de l'aseptisation relative des voies intestinales qu'elles déterminent et, partant, par la diminution des chances d'infection biliaire qui en résulte.

Ce qu'il faut permettre. — Une fois la période douloureuse passée, on ajoutera progressivement au lait écrémé, les soupes au lait, aux farines de riz, d'orge, d'avoine, au tapioca, au vermicelle ; les œufs, qu'il ne faut pas interdire aux lithiasiques malgré leur teneur en matières grasses et en cholestérine, mais dont il ne faut pas faire abus ; les fruits cuits et même crus, sauf la groseille, le citron, les oranges insuffisamment mûres ; quelques jours plus tard, on permettra la viande blanche (veau, poulet, dindonneau), soit rôtie, soit bouillie ou à la sauce blanche ; le lapin rôti, la sole, le merlan, la truite, de préférence bouillis et à la sauce blanche : les purées de légumineuses, de carottes, de salades ; le riz au lait, les gâteaux secs. On terminera enfin par l'agneau, le bœuf, rôtis ou grillés ; la barbue, le turbot, le rouget, bouillis ; le jambon maigre, la langue de bœuf fumée ; le beurre frais sur le pain, le fromage frais, le Gervais. On commencera par permettre ces aliments en petite quantité et distribués en cinq petits repas, puis en quatre ; enfin, on permettra les trois repas habituels quand les douleurs hépatiques auront complètement disparu.

Ce qu'il faut proscrire. — Sont à proscrire complètement de l'alimentation habituelle des lithiasiques tous les aliments ou trop gras ou trop fermentescibles : en particulier, le gibier, la charcuterie, les coquillages, les crustacés, les fritures, les sauces au beurre fondu, les poissons gras ou conservés à l'huile, les cervelles, le ris de veau ; parmi les légumes : les crudités, l'oseille, les épinards, les asperges. Les condiments irritants doivent être évités aussi.

La question de la boisson habituelle est importante chez les lithiasiques. La meilleure, à n'en pas douter, est chez eux l'eau pure, ou les eaux très peu minéralisées d'Evian, de Vittel (Grande Source), Contrexéville (Pavillon), Martigny. Chez les dyspeptiques il peut y avoir avantage à conseiller Pougues-St-Léger ou même, d'une façon passagère, les eaux alcalines fortes de Vichy et de Vals.

Chez ceux qui ont bon estomac, on pourra tolérer l'addition d'un peu de vin de Bordeaux. A **déconseiller** l'usage des bières, surtout des bières fortes, des vins du Rhin, quelquefois recommandés, on ne sait pourquoi, du Bourgogne, des liqueurs, l'abus du thé ou du café.

TRAITEMENT HYGIÉNIQUE. — Il faut éviter la constipation et la combattre au besoin par les laxatifs légèrement cholagogues tels que l'**évonymine** et le **podophyllin.**

Au point de vue de l'hygiène générale, s'il faut conseiller le repos au lithiasique sous le coup d'un accès de coliques, il faut, au contraire, en dehors de ces périodes troublées, lui recommander la **vie active** en plein air, et les exercices quotidiens modérés et méthodiques ; la marche, la bicyclette plutôt que le cheval, la **gymnastique** suédoise plutôt que la gymnastique acrobatique, remplissent au mieux l'indication.

L'hydrothérapie sous forme de **douches tièdes,** ou écossaises plutôt que froides, le tub tiède, les frictions alcoolisées rendent également des services.

Enfin, **on évitera la constriction** de la base de la poitrine **et de la taille** par le corset chez la femme, par la ceinture chez l'homme, constrictions qui favorisent l'infection biliaire en amenant de la stagnation de la sécrétion.

(1) D'après le formulaire de Bouchardat, les perles de Harlem contiennent chacune 0 gr. 20 du mélange à parties égales d'huile pyrogénée de genévrier et d'huile pyrogénée de bois de laurier.

Il est entendu qu'on redoublera de précautions chez les femmes que la grossesse, l'allaitement, chez les hommes et chez les femmes, que la convalescence de la fièvre typhoïde ou une infection gastro-intestinale récente prédisposent à l'infection biliaire.

CURES HYDRO-MINÉRALES. — Depuis très longtemps les cures thermales ont parmi les médecins et le grand public la réputation méritée d'être au nombre des moyens de guérison les plus actifs. Leur mode d'action est encore mal élucidé, mais la réalité de leurs bienfaits est indiscutable. A **Vichy**, à **Vals**, on enverra sans hésitation un grand nombre de lithiasiques, et surtout ceux dont l'état général est résistant, les goutteux, les obèses, les grands mangeurs, de préférence ceux qui ne sont pas constipés. A **Chatel-Guyon**, à **Brides**, on enverra de même les individus robustes des catégories précédentes, mais de préférence les constipés. Pour tenir compte des préférences de certains malades pour telle ou telle station, il faut se rappeler qu'avec des précautions, ces cures peuvent s'équivaloir, jusqu'a un certain point ; par exemple, la cure de Vichy avec addition de sulfate de soude, telle que la prescrivent un certain nombre de médecins de Vichy, peut remplacer jusqu'à un certain point la cure de Chatel-Guyon ou de Brides. On réservera **Evian**, **Vittel**, **Contrexéville**, pour les malades chez lesquels on redouterait une cure alcaline intense et dont le système vasculaire par ailleurs peut supporter sans encombre les variations de pression, passagères mais considérables, que détermine l'absorption rapide des grandes quantités d'eau pratiquées dans ces stations.

Le moment à choisir pour l'envoi des malades n'est pas indifférent. Il faut savoir que ces cures thermales agissent souvent en déterminant, vers le huitième ou le dixième jour, une crise de coliques hépatiques, résultat et témoin de leur action. En règle générale, **il ne faut pas envoyer aux sources des malades encore fatigués par des crises prolongées** et attendre, au contraire, une période d'accalmie qui leur ait permis de refaire leurs forces et de supporter sans encombre la fatigue inhérente à la cure thermale.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Dans la lithiase biliaire simple, le traitement opératoire par la **cholécystotomie** ou la cholécystectomie est indiqué seulement dans les cas où l'acuité des douleurs ou la répétition des crises (état de mal hépatique) atteignent un degré inusité. La bénignité actuelle des opérations, dans les conditions envisagées ici, devrait les faire pratiquer plus souvent qu'elle ne le sont, particulièrement chez les malades qui ne peuvent, de par leur condition sociale, se soumettre à la cure de repos, à la diététique et à l'hygiène générale conseillées plus haut et dont l'action bienfaisante est si manifeste.

Analyses de Travaux français et étrangers

Le cancer primitif du canal hépatique, par L. INGELRANS, chef de clinique à la Faculté de Lille. — *Archives générales de médecine*, 1er *septembre 1902*.

Notre collaborateur, le Dr INGELRANS, ayant pu faire l'autopsie d'une malade atteinte de cancer primitif du canal hépatique, publie à cette occasion l'important travail d'ensemble que nous signalons ici. C'est un mémoire d'environ soixante pages où l'on trouvera d'abord la relation des seize observations connues de cette localisation du cancer; la plupart d'entre elles sont traduites de l'allemand. A l'aide de ces données, l'auteur a établi une monographie dont nous ne pouvons faire ici l'analyse complète. Les principaux chapitres comprennent l'historique du sujet, l'étiologie du cancer du canal hépatique avec des considérations sur le sexe, l'âge et les antécédents des malades. Vient ensuite l'anatomie pathologique (siège de la tumeur, extension de voisinage, état des organes voisins, histologie, état des canaux biliaires en amont, état de la vésicule et du foie, infections secondaires, etc).

L'évolution clinique est alors exposée en détail. Après l'indication du mode de début, on trouve des indications sur l'ictère, l'anorexie, l'état des fèces, de l'urine, du sang, l'examen de l'organe hépatique, les modes de terminaison de la maladie, ses formes et son traitement.

Le diagnostic constitue un point tout à fait capital dans l'histoire de ce cancer. Le médecin est en face d'un ictère chronique par rétention. Voici textuellement ce qu'écrit M. INGELRANS concernant les grandes lignes du diagnostic différentiel :

« 1° L'ictère catarrhal prolongé peut persister cinq mois et plus. Mais une durée un peu plus longue n'a jamais été observée, tandis que la durée moyenne du cancer dont nous parlons atteint environ neuf mois. C'est un écart considérable. Etant donné pourtant que dans l'ictère catarrhal prolongé, le foie peut devenir très volumineux et la rate se tuméfier, on voit que l'erreur n'est pas impossible.

Toutefois, l'ictère catarrhal offrira des variations d'intensité qu'on ne retrouvera guère ici, des rémissions suivies de poussées nouvelles, avec modifications parallèles de la teinte des matières fécales, qui ne sont pas du fait du cancer ;

2° L'obstruction calculeuse du cholédoque est une sérieuse pierre d'achoppement pour le diagnostic. En effet, si, le plus souvent, en cas de lithiase, le malade se présente après une série d'attaques de coliques hépatiques, il peut n'en avoir eu qu'une seule ou même pas du tout. L'intensité de l'ictère est la même que dans notre cancer ; les démangeaisons sont les mêmes, également la cholurie et la diminution du taux de l'urée. Au début, le foie est hypertrophié et l'organe est lisse et régulier. En cas d'infection biliaire, la splénomégalie apparaît. Si le chirurgien n'intervient pas, la mort est quasi fatale et, dans des conditions analogues à celles que présentent les cancéreux dont il

est ici question. La vésicule est atrophiée, suivant la loi de COURVOISIER-TERRIER ; si, par exception à cette loi, elle est distendue, cela ne peut suffire au diagnostic, puisqu'elle peut l'être également lors d'obstruction néoplasique du canal hépatique.

Un bon signe différentiel, non constant, mais fréquent, existe néanmoins : il est constitué par la variabilité de l'ictère dans l'obstruction calculeuse. Dans ce dernier exemple, la jaunisse augmente et décroît par périodes et la décoloration des fèces est, comme cette jaunisse, intermittente. On admet qu'à certains moments le passage de la bile est plus gêné, soit par gonflement muqueux autour du calcul, soit par arrêt d'une bile épaissie entre le calcul et la paroi du canal. Cette constatation fait défaut quand un cancer obstrue absolument le canal hépatique. Il faut ajouter que, dans l'obstruction calculeuse, le foie ne subit jamais un accroissement de volume très notable et qu'il n'y a point d'ascite. Malgré tout, et notre cas en témoigne, la confusion entre les deux affections est très aisée, car, dans le cancer du canal hépatique, ascite et hypertrophie du foie venant à manquer, on a le droit d'hésiter sans savoir dans quelle direction se porter. L'absence de variabilité de l'ictère serait l'unique caractère différentiel, et on comprendra que ce signe négatif n'est véritablement point toujours suffisant. Ajoutons que, d'après HAYEM, dans le cancer, il y a hypopepsie et, dans la lithiase biliaire, hyperchlorhydrie ;

3° Le cancer de la tête du pancréas crée, lui aussi, un ictère chronique progressif et continu, avec amaigrissement, cachexie rapide, dégoût pour les matières grasses. La tumeur pancréatique n'est pas perceptible à la palpation dans les quatre cinquièmes des cas. Dans la règle, la vésicule est grosse : mais PAVIOT l'a rencontrée normale. En outre, on a vu assez que la vésicule est parfois distendue dans le cancer du canal hépatique, et la distension ne peut constituer qu'une probabilité en faveur de la lésion du pancréas. Dans cette dernière hypothèse, dira-t-on, le foie sera atrophié. Ce n'est pas obligatoire, à beaucoup près (COCHEZ, MOUTARD-MARTIN, CHOUPIN et MOLLE, RAMOZ, CARON), et même, pour MIRALLIÉ, dans le cancer du pancréas, le foie passerait par un premier stade d'hypertrophie avant de diminuer de volume.

La stéarrhée d'origine pancréatique peut également relever de la suppression de l'arrivée de la bile dans l'intestin ; la glycosurie n'est point constante dans les néoplasmes du pancréas et l'épreuve du salol peut être négative. On voit à quelles difficultés on peut se heurter ; assurément, on rencontrera des cancers du pancréas où le diagnostic s'imposera, mais que de fois le doute sera de mise, vu l'absence d'un signe de réelle valeur !

4° Le cancer du foie, dans sa forme massive, ne s'accompagne pas d'ictère et ne peut, par conséquent, prêter à confusion. Mais le cancer nodulaire produit un ictère chronique dans les deux tiers des cas. L'ascite, la douleur, la cachexie, l'anorexie, les altérations digestives pourraient alors en imposer au médecin si l'hypertrophie rapide du foie, qui s'accroît à vue d'œil, et surtout sa déformation, qui le fait apparaître comme parsemé de marrons, ne venaient redresser rapidement un diagnostic peu malaisé d'ordinaire ;

5° La maladie de HANOT peut, à la rigueur, s'accompagner de décoloration des selles ; d'autre part, le cancer de l'hépatique peut, comme on l'a vu, évoluer avec conservation de la coloration des fèces. De là une importante cause d'erreur. La confusion a été commise, et c'est surtout au sujet du cancer du canal hépatique qu'on peut établir une forme de cancer des voies biliaires simulant la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique. Tout peut être réuni pour tromper l'observateur, y compris la splénomégalie ; nous l'avons indiqué, et on s'en rendra mieux compte encore à la lecture des observations. Il faut avouer que parfois le diagnostic est absolument impossible, et le seul élément qui puisse alors présenter quelque valeur, c'est la très longue durée de la maladie de HANOT ;

6° Le cancer du canal cholédoque a entraîné dix-sept fois sur dix-huit la dilatation de la vésicule. Le foie est hypertrophié, et cette hypertrophie, jointe à l'état de la vésicule, si l'on soupçonne un cancer, doit faire pencher plutôt le diagnostic vers le cancer du cholédoque que vers celui du pancréas ou de l'ampoule de VATER ; mais, comme le gros foie se trouve également dans le cancer du canal hépatique et que, même dans ce cas, la vésicule peut être distendue, si ces signes se rencontrent, on aura plus de chances d'avoir affaire à un cancer du cholédoque que de l'hépatique ; on ne pourra point en acquérir la certitude ;

7° Les néoplasmes de la vésicule biliaire, quand ils affectent le type biliaire (MORIN), provoquent un ictère dû ordinairement à l'obstruction des canaux hépatique ou cholédoque. Si l'on perçoit quelquefois la vésicule comme une tumeur globuleuse, on n'a pas en mains cependant de quoi mettre une étiquette certaine à la maladie qu'on observe ;

8° Le cancer du confluent cholédoco-hépatico-cystique, dont on a publié dix-sept observations, entraîne, dans plus de la moitié des cas, la dilatation de la vésicule. C'est qu'alors la bile peut parvenir dans la vésicule. Au cas où l'on percevrait cette vésicule dilatée, on aurait de ce fait une raison, sinon d'éliminer, du moins de mettre au second plan, le cancer du canal hépatique. Quant à un diagnostic de certitude, il est inutile de chercher à l'établir par rapport au cancer de l'hépatique ;

9° Le cancer de l'ampoule de VATER produit un ictère d'une notable variabilité. Ce symptôme important n'est point d'une constance absolue. Existât-il qu'il resterait pourtant interdit d'éliminer le cancer du canal hépatique, car, dans cette dernière localisation, BESANÇON signale une jaunisse d'intensité variable. »

Nous bornons ici cette citation. On s'aperçoit à la lecture de ces quelques lignes de l'importance que peut prendre la connaissance du cancer hépatique dans la clinique des maladies du foie. Le travail de M. INGELRANS met donc au point une question peu étudiée jusqu'ici : c'est pourquoi nous avons cru devoir en donner une idée succincte à cette place. Dr F. C.,

MOTS DE LA FIN

A UNE AUDITION DU PÉTOMANE:

— Cette exhibition me dégoûte,
— C'est pourtant du Bach.
— Comment du Bach ?
— Mais oui, du Bach anal.

(*Lyon Médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Une souscription est ouverte dans les milieux médicaux pour élever, à Munich, un monument à la mémoire de PETTENKOFER, le génial hygiénial hygiéniste. Sous la présidence de M. VON ZITTEL, président de l'Académie des Sciences de Bavière, un Comité s'est constitué qui adresse un appel aux médecins. Ceux de nos lecteurs, qui voudraient contribuer à célébrer le nom de ce bienfaiteur de l'humanité, pourront adresser leur souscription à M. WERTHEIMER, professeur de physiologie à la Faculté, qui accepte d'en recueillir le montant.

— La Commission des hospices, sur les propositions de sa sous-Commission, composée de MM. DEBIERRE, HOUDOY, COMBEMALE, a attribué ainsi qu'il suit les dix prix de cent francs l'un, destinés à récompenser les externes dont l'assiduité, le zèle et les qualités personnelles ont été remarqués par leurs chefs dans le cours de l'année.

Ont été nommés titulaires de ces prix : MM. CAUDRON, COPPENS, DESCARPENTRIES, GUGELOT, LOOTEN, MAGUIN OBERS, POITEAU, TACONNET, THIRION.

— Sont nommés pour un an à dater du 1er novembre, boursiers par la Faculté de médecine de Lille : MM. GUGELOT, étudiant de 3e année ; DANCOURT, étudiant de 5e année.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Sont promus *Officier* : M. le docteur QUIVOGNE, médecin principal de 2e classe de la marine ; *Chevaliers* : MM. les docteurs BOUCHER, médecin de 1re classe de réserve de la marine ; FOUSSE, premier maître infirmier de la marine.

Instruction publique. — Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs CHASTENAY, de Puteaux (Seine) ; BOUVERET, SPIRA, de Paris ; POLLOSSON, SAMBUC, VINAY, de Lyon ; *Officiers d'académie* : MM. les docteurs AUBERT, BÉRARD, CAUSSE, FABRE, MAYET, PIC, NOVÉ-JOSSERAND, TELLIER, de Lyon ; DUPUY, HOCHET, MUSY, de Paris ; PASSERAT, de Bourg (Ain) ; BOUIN, STERNE, de Nancy ; FOURRIER, de Briey (Meurthe-et-Moselle).

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Amiens. — M. le docteur MOULONGUET, professeur de pathologie externe et médecine opératoire, est nommé directeur, pour trois ans, de l'Ecole de médecine et de pharmacie.

Lyon. — Un congé d'un an, à dater du 1er janvier 1903, est accordé sur sa demade à M. le docteur BARD, professeur de clinique médicale.

Nantes. — M. le docteur GUILBAUD est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales.

— M. le docteur BUREAU est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux d'anatomie pathologique et de bactériologie.

Clermont-Ferrand. — M. le docteur DIEULAFÉ, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, pour l'année 1902-1093, du cours d'anatomie.

Notre Carnet

M. le docteur BRUNEAU, de Houdain (Pas-de-Calais, nous fait part de la naissance de son fils LOUIS. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

— M. le docteur DUBOIS est délégué, pour le même temps, dans les fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Nécrologie

Nous avons le regret d annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs CARAYON, médecin-major de 1re classe en retraite à Montrond (Loire) ; NADAUD, de Saint-Barthélemy (Dordogne) ; Alphonse TISSOT, de Chambéry (Savoie).

DELANNOY, d'Hautmont. Nous adressons à la famille de notre confrère nos bien vives condoléances.

OUVRAGES REÇUS

— **Un cas de tumeur maligne de la cloison nasale**, par le docteur TRÉTRÔP, Anvers, *Buschmann*, 1902.

— **Les complications oculo-orbitaires des sinusites**, par le professeur de LAPERSONNE, extrait des *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, 1902.

— **La cure de pommes de terre dans les diabètes sucrés et les complications diabétiques**, par le professeur MOSSÉ, extrait de la *Revue de médecine*, 1902.

— **Un nouveau cas d'otomycose**, par le docteur TRÉTRÔP, Anvers, *Buschmann*, 1902.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 311. Sixième Année. N° 52 Le Numéro : 10 centimes. 28 Décembre 1902

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) **128, Boulevard de la Liberté,** *Lille.*

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques considérations sur les fistules d'origine dentaire

Par le docteur **Caumartin**

Les fistules, muqueuses ou cutanées, d'origine dentaire, sont extrêmement fréquentes. Nous avons eu l'occasion d'en observer des cas très nombreux à la clinique de l'hôpital Saint-Sauveur ou en ville.

Tous ces cas ont entre eux une grande analogie ; nous n'en rapporterons que deux observations, qui sont les deux principaux types et nous permettront de faire quelques réflexions sur ce sujet.

OBSERVATION I. — *Fistule gingivale due à une incisive latérale inférieure gauche. Guérison par le traitement antiseptique.* — M. D..., 18 ans, étudiant, vient pour la première fois, le 20 juin 1900. Depuis deux ans, il porte une petite fistule gingivale qui siège au niveau d'une incisive inférieure, un peu à gauche de la ligne médiane.

Cette fistule, apparue sans grande douleur, après une légère fluxion, n'attira d'abord que fort peu son attention. Un peu plus tard, pendant la préparation d'un examen, les incisives deviennent sensibles à la pression, la fistule sécrète plus abondamment ; une sensation pénible de tension, l'ébranlement des incisives gênent la mastication. Un dentiste, consulté, fait sans succès des cautérisations du trajet au crayon de nitrate d'argent.

L'examen passé, la poussée aiguë disparaît, et il ne reste que la petite fistule qui existait auparavant.

A deux reprises nouvelles, le même fait se reproduit.

Le 20 juin 1900, le malade vient me voir : il doit passer un examen en juillet, et, depuis qu'il a commencé à travailler, les dents deviennent sensibles, la fistule suppure plus abondamment.

Son dentiste lui a proposé de lui extraire deux incisives et la canine gauche, qui sont ébranlées et sensibles.

L'orifice de la fistule est petit, entouré d'une zone rouge inflammatoire ; il en sort une gouttelette de pus grisâtre.

Un stylet, introduit par l'orifice fistuleux, conduit sur une surface osseuse denudée, non sensible, qui paraît correspondre à l'interstice des deux incisives latérales gauches.

Les dents ont leur aspect normal ; la pression produit une douleur égale et un son identique sur les deux incisives et sur la canine ; la mobilité est la même pour ces trois dents. A la lumière électrique, l'incisive latérale gauche paraît moins transparente ; je cherche avec soin s'il existe une fissure à l'émail et je trouve sur la surface triturante usée de cette incisive un tout petit orifice admettant exactement une sonde à canaux. Cette sonde est poussée jusqu'à l'apex sans provoquer la moindre douleur et ramème une odeur caractéristique de dent infectée.

Quelques mèches sont passées dans cette dent, d'abord sèches, puis imbibées de créosote ; puis, dans ce trajet élargi à la fraise, je place une mèche largement humectée de créosote ; avec un peu de caoutchouc dentaire et un fouloir, je l'enfonce : le liquide passe par la fistule.

Une mèche créosotée est laissée en place et recouverte d'une obturation à la gutta.

Le 25 juin, la suppuration a disparu et la fistule se cicatrise ; suppression de la mèche créosotée.

Le 4 juillet, tout est absolument rentré dans l ordre : la fistule est guérie, les dents se sont consolidées et sont devenues insensibles. Obturation en ciment.

Depuis, le patient a passé ses examens et la guérison a persisté absolument complète.

OBSERVATION IV. — *Fistule cutanée double due à une pre-*

mière molaire inférieure droite. — *Extraction.* — M. D..., gérant d'une maison de commerce, est âgé de 32 ans ; très brun, maigre, l'aspect fatigué, il éveille le soupçon de tuberculose. Rien pourtant, dans ses antécédents héréditaires ou personnels ni dans son état actuel, ne paraît confirmer cette impression.

Vers le mois de juin 1902, il est atteint de quelques accidents d'éruption de la dent de sagesse inférieure gauche : gonflement, contracture, etc.

En même temps ou à peu près, une fluxion se déclare à droite et en bas, fluxion due à la première molaire inférieure. Une petite rougeur se forme sur la joue et l'abcès s'ouvre à l'extérieur.

Tous ces accidents sont survenus pendant une période où le malade était particulièrement fatigué par un inventaire et d'autres affaires sérieuses.

Les accidents dus à la dent de sagesse ne disparaissant pas, le malade se décide à consulter un médecin.

On lui administre le chloroforme, on lui enlève sa dent de sagesse et, par la même occasion, on fait un grattage du maxillaire inférieur au niveau de la fistule, pensant avoir affaire à une lésion tuberculeuse

La contracture disparaît, mais à droite persistent deux orifices qui laissent continuellement suinter du pus.

Le malade vient me voir le 8 septembre, absolument navré de voir persister cette suppuration malgré tous les traitements qu'il a faits.

Un stylet, introduit par l'un ou l'autre des deux orifices fistuleux, conduit sur une surface osseuse dénudée, non sensible.

Un cordon dur relie très nettement la joue à la 1re molaire inférieure droite, dont il ne reste que les racines séparées.

Extraction de ces deux racines. Le stylet, introduit par la fistule, pénètre dans l'alvéole.

15 septembre. — Les fistules entamées sont fermées ; l'alvéole est encore ouvert, rempli de débris épithéliaux.

29 septembre. — Guérison complète.

Il est remarquable que l'origine dentaire des fistules péri-maxillaires est très souvent méconnue. Quand il s'agit d'une fistule gingivale, l'erreur est moins fréquente. Pourtant, comme dans le cas de notre premier malade, il faut quelque-fois chercher la lésion dentaire pour la trouver.

La fistule cutanée éveille l'idée de lésion osseuse, comme dans les autres régions ; on la croit d'origine tuberculeuse ou autre et on procède à des grattages et à des cautérisations inutiles.

Il est donc indispensable, dans tous les cas de fistules péri-maxillaires, de vérifier avec soin l'état du système dentaire. Si on trouve dans la bouche, du côté de la fistule, de mauvaises racines, le diagnostic est facile ; mais, si les dents paraissent saines à la simple inspection, il ne faut pas se contenter de cet examen superficiel.

La lésion de la dent en cause peut être minime, la percussion peut ne réveiller aucune douleur, mais l'éclairage de la bouche permet de constater sur une dent l'opacité caractéristique des dents mortes ; une pointe de thermocautère, appliquée sur cette dent, ne provoque aucune douleur.

Le stylet, introduit par l'orifice fistuleux, conduit sur une surface dénudée et y réveille souvent une douleur : le malade a la sensation qu'on touche sa dent. Enfin, souvent, un cordon dur relie plus ou moins directement la fistule à la dent.

Tels sont les principaux éléments qui permettront de découvrir la dent coupable.

Il est intéressant de rechercher par quel mécanisme une dent devient la cause d'une fistule qui persiste tant que cette dent n'est pas soignée ou enlevée.

La périostite alvéolo-dentaire suppurée est la première phase par où passe la production d'une fistule. Cette infection du périoste alvéolaire peut avoir des points de départ différents et être d'origine dentaire ou péri dentaire.

Origine dentaire. — Une dent se carie, les racines sont ouvertes. la pulpe s'infecte, se putréfie ; l'infection dépasse l'apex, pénètre dans l'alvéole et atteint le périoste alvéolo-dentaire. C'est le cas le plus fréquent.

Origine péri-dentaire. — Les gingivites peuvent, en se propageant à l'alvéole, amener de la périostite alvéolo-dentaire ; c'est ainsi qu'agissent le tartre ; la pénétration d'un corps étranger, une arête de poisson, par exemple, entre les gencives et la dent ; la piorrhée alvéolaire ; les accidents d'éruption de la dent de sagesse. Une violence quelconque qui ouvre et dilacère l'alvéole facilite la pénétration des microbes pyogènes et l'infection périostique.

Dans ces cas, la dent n'est atteinte que secondairement

Enfin, il est un fait très important à signaler : c'est l'influence de l'état général sur la production des fistules dentaires. Une fluxion, qui, en temps ordinaire, se termine par résolution, aboutira chez le même sujet à la formation d'une fistule si elle survient pendant une période de surmenage et de fatigue.

Notre premier malade en est un exemple bien caractéristique : avec une régularité mathématique, sa fistule suppure plus abondamment chaque fois qu'il se surmène au moment d'un examen.

Le second a vu apparaître sa fistule pendant une période de dépression due aux accidents provoqués par une dent de sagesse.

L'infection du périoste, une fois réalisée, que se passe-t-il?

Le pus arrive à perforer la paroi alvéolaire et forme un véritable abcès en bouton de chemise, à la fois sous et sus-périostique, qui viendra s'ouvrir à la gencive ou à la peau.

L'ouverture cutanée est plus fréquente à la mâchoire inférieure ; c'est dans la disposition anatomique des parties qu'il faut en chercher la raison.

L'extrémité des racines des molaires est située plus bas que le point où la muqueuse se réfléchit de la gencive sur la joue ; comme la lésion se localise souvent à l'apex, le pus, aidé par l'action de la pesanteur, se fraie un chemin vers la peau et n'a aucune tendance à remonter vers la gencive.

Au contraire, les incisives, dont les racines dépassent

rarement le cul-de-sac gingivo-labial, donnent plus fréquemment naissance à des fistules gingivales.

Quand on a reconnu la dent en cause, quel traitement lui appliquer ?

S'il ne reste que des racines ou une couronne très endommagée, l'extraction est le meilleur traitement. La guérison la suit généralement de très près : l'orifice externe se cicatrise d'abord, puis l'alvéole par où se fait pendant quelque jours l'alimentation des produits pathologiques contenus dans le trajet.

S'il s'agit d'une dent du devant ou d'une molaire assez bonne, pour rendre encore des services, il faut la conserver et lui appliquer le « traitement antiseptique ».

Il consiste à pousser dans le trajet fistuleux un liquide irritant, créosote ou acide phénique. L'injection faite par l'orifice de la fistule ne réussit pas ; il faut la faire de la dent vers la fistule et obtenir la sortie du liquide par cet orifice, de façon à être certain que tout le trajet a été baigné par le liquide.

Si la dent est accessible, on peut se servir d'une seringue, en lutant bien l'aiguille dans la racine pour empêcher le reflex du liquide.

Pour les molaires, le meilleur procédé consiste à introduire dans la cavité pulpaire un tampon bien humecté de créosote ou d'acide phénique ; on recouvre ensuite d'un morceau de caoutchouc dentaire, qu'on pousse avec force à l'aide d'un fouloir.

Une seule application suffit en général ; il est rarement besoin de faire ensuite des grattages ou des cautérisations du trajet fistuleux.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Remarques sur l'iodipine, par le Dr Ernst Feibes, extrait du *Dermatologische Wochenschrift*, 1902.

L'iodipine, découverte en 1897 par Winternitz, a donné lieu depuis cette époque à de nombreuses recherches; l'auteur ne résume, en effet, pas moins de 58 communications sur ce médicament, avant que de donner son opinion. Tous ces éléments, du reste, s'accordent à lui donner une valeur thérapeutique considérable.

Comme il est du plus grand intérêt de savoir quelles quantités d'iode sont éliminées par l'urine, de façon à prévenir l'intoxication par l'iode, l'auteur a fait d'abord porter ses études sur ce point, et il a montré que la sortie de l'iode se chiffre en moyenne dans l'urine par 0 gr. 41 par litre ; d'où, en tenant compte de l'élimination par la salive et les autres émonctoires, la quasi-impossibilité d'une intoxication.

De même dans la syphilis maligne précoce, là où le mercure est d'ordinaire mal supporté et où l'iodure de potassium ne peut être longtemps continué, l'iodipine a, au contraire, donné les meilleurs résultats dans les 16 cas observés par l'auteur.

De même encore, quand il y a idiosyncrasie pour l'iode, l'iodipine, combinaison graisseuse de l'iode, est sans action fâcheuse; trois cas de l'auteur sont probants à ce point de vue.

L'auteur cite ensuite des cas de syphilis cérébro-spinale, de paralysie spinale d'Erb, de tabes améliorés et guéris par l'iodipine. Nous ne le suivrons pas sur ce terrain. Mais il nous a paru intéressant de relever ces diverses actions de l'iodipine, encore peu connue en France, à tort, semble-t-il.

Dr F. C.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Un cas de fécondité extraordinaire

Une Italienne, signora Maddalena Granatta, qui vit à Nocera, un village situé non loin de Naples, n'a pas eu, pendant les 19 ans qu'elle a vécu avec son mari, moins de soixante-deux enfants — vous avez bien lu : *soixante-deux* — dont 59 garçons et 3 filles seulement. Onze fois de suite, en 9 ans, elle a donné le jour à 3 jumeaux ; 3 fois elle a accouché de 4 garçons et une fois de 5 garçons et une fille. Les 12 autres naissances ont été normales, quoique très rapprochées. Le fait, absolument extraordinaire, peut-être unique en son genre, que nous signalons, est attesté par 2 ou 3.000 signataires qui demandent au gouvernement, dans leur pétition, une pension viagère de 1.800 lires pour Maddalena Granatta, aujourd'hui âgée de 57 ans et incapable de gagner sa vie.

(*Gaz. méd. de Paris*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

L'Association amicale des Internes et Anciens Internes en médecine des hôpitaux de Lille a tenu sa réunion annuelle le dimanche 14 décembre 1902, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Saint-Sauveur, sous la présidence de M. le docteur Bourdon, de Bousies.

Le bureau pour l'année 1903 est ainsi composé :

Président : M. Curtis, de Lille ; *Vice-Présidents* : MM. Tramblin, de Bermerain, et Boutry, de Lille ; *Secrétaire général* : M. Masson, de Marcq-en-Barœul ; *Trésorier* : M. Painblan, de Lille ; *Membre du Comité* : M. Boulinguez, d'Hénin-Liétard ; *Secrétaire-adjoint* : M. Davrinche, interne en exercice.

Les jurys pour les prix de l'Internat de 1903 sont ainsi composés :

Concours de médecine : MM. Boulogne, Deléarde, Masson, juges ; MM. Breton, Julien, suppléants.

Concours de chirurgie : MM. P. Colle, Fleury, Gérard, juges ; MM. D'Hour, Dubois, suppléants.

L'Assemblée a adopté ou renvoyé à l'examen de nos bureaux un certain nombre de propositions qui lui avaient

été soumises, relativement au régime de l'Internat et au règlement du Concours.

Le bureau présentera ces propositions à l'Administration des Hospices.

Aussitôt la clôture de l'Assemblée générale annuelle, s'est ouverte une Assemblée générale extraordinaire, qui a apporté aux statuts quelques modifications reconnues utiles.

A l'issue de cette Assemblée, a eu lieu le banquet traditionnel, très bien servi, du reste, et qui a réuni 32 sociétaires au restaurant Divoir. Le doyen d'âge de la réunion était le docteur Blond, de Merville, de la promotion de 1859.

La gaîeté et la cordialité la plus franches n'ont cessé de régner pendant tout le repas. Après le toast du président Bourdon, il a été décidé que, désormais, la cotisation du banquet serait réduite de moitié pour les internes en exercice ; et que, chaque année, les deux lauréats des concours seraient, au banquet, les invités de l'Association.

Les chansons ont alors commencé, et il serait trop long de citer les noms de tous ceux, jeunes ou vieux, qui se sont fait entendre et applaudir, soit dans les vieux refrains de salle de garde, soit dans des compositions inédites, pleines d'esprit et d'à-propos, marquées au coin de la plus franche camaraderie et, du reste, composées spécialement pour la circonstance.

— A dater du 1er janvier 1903, les **internes et externes** des hôpitaux de Lille seront répartis ainsi qu'il suit dans les services dépendant de la Faculté de médecine.

Hôpital de la Charité. — *Service de la clinique médicale* : M. Davrinche : MM. Maguin, Vasseur, Desruelle, Dubois (René), Fiatte, externes.

Service de la clinique chirurgicale : MM. Gellé et Leroy, internes ; MM. Danel, Minet, Desreumaux, Patou, Horel, externes.

Service de la clinique obstétricale : MM. Dhôtel et Loubry, internes.

Pavillon Olivier : MM. Caudron et Leenhardt, internes ; MM. Descamps et Hoquette, externes.

Pavillon d'isolement : M. Taconnet, interne.

Hôpital Saint-Sauveur. — *Service de la clinique médicale* : MM. Dancourt et Camus, internes ; MM. Coppens, Lhôte, Quesnay, Gugelot, Dubois, (Clodomir) externes.

Service de la clinique chirurgicale : MM. Debeyre et de Chabert, internes ; MM. Duprez, Wattez, Brasseur, Castiaux, Pinchart, externes.

Service de la clinique dermatologique : M. Gonthier de la Roche, interne ; MM. Bouret, Dubuche, Petit, Ponthieu, externes.

Service de la clinique chirurgicale des enfants : M. Chancel, interne ; MM. Carette, Leclercq, Paquet, externes.

Service de la clinique médicale des enfants : M. Crétal, interne ; MM. Lequette, Guilbert, de Swarte, externes.

Service de la clinique des voies urinaires : M. Trampont, interne ; MM. Liénard, Pesseaud, Decousser, externes.

Service de la diphtérie : M. Minet, interne.

Service de la clinique ophtalmologique : MM. Looten et Descarpentries, externes.

Service des filles publiques : M. Descamps Paul, externe.

Consultation de laryngologie : MM. Huriez et Sonneville, externes.

— **L'Académie de Médecine** a décerné dans sa séance **publique annuelle** du 23 décembre, sur le prix Capuron, un encouragement de 200 francs à M. le docteur Bué, ancien chef de clinique d'accouchements. Dans la même séance, le prix Tarnier, de 3.000 francs, a été décerné à M. le docteur Bué. Nous adressons à notre confrère nos félicitations pour les distinctions dont ses travaux sont l'objet de la part de l'Académie.

Parmi les récompenses attribuées aux médecins de la région au titre du service des épidémies et de la vaccine, nous relevons avec satisfaction les noms : de notre excellent collaborateur, le docteur Manouvriez, de Valenciennes, pour un *rappel de Médaille d'or* ; de M. le docteur Gorez, de Lille, Fremicourt, de Jaulgonne (Aisne), pour un *rappel de édaille de vermeil* ; de M. le docteur Delavalle, de Sailly-sur-la-Lys (Pas-de-Calais), pour une *Médaille d'argent* ; de M. le docteur Dourlens, de Bruay (Pas-de-Calais), pour un *rappel de Médaille d'argent*.

Soutenances de Thèses

M. L.-J.-J. Fiévet, de Lille (Nord) a soutenu avec succès le mercredi 24 décembre 1902, sa thèse de doctorat (6me série, n° 116) intitulée : **Contribution à l'étude des fistules d'origine dentaire.**

— M. H.-P.-F. Warin, externe des hôpitaux de Lille (Nord), a soutenu, avec succès, le Samedi 27 Décembre, sa thèse de doctorat (6me série, n° 117), intitulée : **De l'Epilepsie au cours de la cyanose.**

— M. A. Tricart, de Denain (Nord), a soutenu, avec succès, le Mercredi 24 Décembre 1902 sa thèse de doctorat (mention pharmacie) (1re série n° 4), intitulée : **Enquête sur le beurre à Lille.**

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Limoges. — Sont nommés, après concours, chef de clinique médicale : M. Max Quertaut ; chef de clinique chirurgicale : M. Bordesoule.

Caen. — M. le docteur Gosselin, ancien suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur de physiologie en remplacement de M. Fayel-Deslongrois.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort

de MM. les docteurs Laporte, de Bessines (Haute-Vienne); Schurrer, de Vesoul; Le Paulmier, de Paris; Paluche-neau, de Sainte-Hélène (Gironde).

BIBLIOGRAPHIE

Guide du Médecin Praticien. Aide-mémoire de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, par le Dr Guibal, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 de 676 pages., avec 349 fig., cartonnage toile souple: 7 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Présenter de façon concise et dans un petit format toutes les connaissances de médecine, de chirurgie, d'obstétrique nécessaires au praticien, tel est le but que se propose le *Guide du Médecin Praticien* du Dr Guibal.

Mis en présence d'un cas dont le diagnostic l'embarrasse, le médecin a besoin de trouver l'*exposé des symptômes types*, qui l'aideront *à reconnaître la nature* de la maladie et à *prescrire le traitement* qui convient.

Le traitement a été, de sa part, l'objet de soins particuliers : il s'est efforcé de résumer ces indications d'après l'enseignement des maîtres les plus autorisés et d'indiquer les opérations telles que les ont faites les recherches de la science moderne.

Il indique tout d'abord les règles de *l'antisepsie*, de *l'anesthésie* et des *injections de serum*, facteurs principaux de l'évolution des sciences médicales contemporaines : il passe ensuite en revue les *maladies générales*, celles de la *peau* et des *tissus*; celles du *crâne*, de la *tête* et du *cou*; celles du *rachis* et du *bassin*; celles du *thorax* et de l'*abdomen*, et enfin celles des appareils en particulier; il a particulièrement détaillé la description des maladies des *membres*, si importantes aujourd'hui, tant par leur fréquence que par le résultat de leur traitement bien institué.

Pour chaque cas, il a donné toutes les indications permettant de faire un diagnostic ferme et de différencier l'affection étudiée des maladies qui peuvent lui ressembler.

Pour chaque traitement il donne les indications qui peuvent le faire prescrire ou proscrire : à quel moment et dans quelles conditions faut-il intervenir, faut-il agir immédiatement ou temporiser? Le régime, si important dans la thérapeuthique médicale, est étudié en détail; le manuel opératoire chirurgical et obstétrical a été développé dans une large mesure. Il ne suffit pas, en effet, de connaître quand on doit interveuir; il faut aussi savoir comment on doit le faire. M. Guibal décrit les divers procédés actuellement employés, donnant sur chacun d'eux les indications et contre-indications que comporte son application. Ce *Guide du Médecin Praticien* sera utile dans l'exercice de la pratique jonrnalière; il rendra service aux médecins de campagne, qui n'ont pas toujours à leur disposition la riche bibliothèque des médecins de ville et à tous ceux à qui souvent le temps manque pour retrouver promptement les indications dont le souvenir peut échapper à la mémoire la plus sûre; il servira, en un mot, d'*aide-mémoire de chirurgie, de médecine et d'obstétrique*.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

50e et 51e Semaine, du 7 Décembre au 20 Décembre 190

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	19	6
3 mois à un an	16	10
1 an à 2 ans	5	7
2 à 5 ans	8	8
5 à 10 ans	3	3
10 à 20 ans	6	7
20 à 40 ans	13	19
40 à 60 ans	26	21
60 à 80 ans	30	30
80 ans et au-dessus	9	8
Total	135	119

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	1	4	1	»	»	2	»	»	»	»	»	4	13	9
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	6	»	»	»	1	»	1	4	6	1	1	»	»	6	»	1	»	»	»	15	42	18
Moulins, 24,947 hab.	3	»	»	»	»	»	»	»	9	1	3	»	»	»	2	»	»	»	»	14	32	39
Wazemmes, 36,782 hab.	9	»	»	»	»	1	1	»	6	3	4	»	»	7	»	1	1	»	»	13	46	53
Vauban, 20,381 hab.	5	»	»	»	»	»	»	1	2	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	4	15	26
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	5	»	»	1	»	1	»	4	1	4	2	»	»	1	»	1	»	»	»	18	38	20
Esquermes 11,381 hab.	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	2	»	»	»	»	»	8	15	16
Saint-Maurice, 11,212 hab.	1	»	»	»	»	»	»	2	2	»	1	»	1	2	»	»	»	»	»	4	12	15
Fives, 24,191 hab.	4	»	»	»	»	»	»	2	1	2	2	»	»	3	»	»	1	1	»	8	24	19
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	4
Sud, 5,908 hab.	8	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	2	14	9
Total	45	»	»	1	1	2	2	13	30	16	18	»	1	27	2	3	2	1	»	91	254	228

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le gérant : Th. CLERQUIN.



